ROK IX. WARSZAWA, 1935 CZERWIEC ZESZYT VI.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

O najczęstszej chorobie chłopki polskiej[1]).

Podał

DR. MED. PAWEŁ LIPSZTAT
(Garwolin).

Patologja klas i grup społecznych oraz zawodów jest stosunkowo młodą gałęzią wiedzy lekarskiej. O ile jeszcze choroby zawodowe proletarjatu miejskiego — zwłaszcza w związku z przymusowem ubezpieczeniem na wypadek choroby i trwałej niezdolności do pracy — były badane i opisywane szczegółowo, o tyle choroby chłopstwa są dotychczas zupełnie pustą i niezapisaną kartą; w szczególności — o ile mi wiadomo — dotyczy to polskiej literatury lekarskiej. Pracując w warunkach małomiasteczkowych i stykając się z natury rzeczy z ludnością wiejską, zwróciłem uwagę na wysoce charakterystyczny zespół objawów, który, spowodu niezwykłej częstości występowania, zasługuje na miano najczęstszej choroby chłopki polskiej (przynajmniej w okolicy, w której praktykuję). Powtarzające i mnożące się spostrzeżenia nauczyły mnie: 1-o zwracać uwagę na ten zespół, 2-o ujmować go w całej jego jednolitości przy niewątpliwej różnorodności objawów oraz rozumieć jego istotę, 3-o stosować, względnie zalecać, mniej lub więcej przyczynowe leczenie.

Wywiady w przypadkach typowych przedstawiają się mniej więcej w sposób następujący:

Chora wieku średniego, ciężko pracująca chłopka, zaczyna opisywać swoje dolegliwości od — jakże charakterystycznej, ale naogół niezbyt wiele mówiącej i już zgóry nastrajającej sceptycznie lekarza — skargi: „Wszystko mnie boli". Uskarża się na ogólne osłabienie i upadek sił, występujące zwłaszcza przy chodzeniu, łatwe męczenie się przy pracy, brak apetytu, bardzo znaczną rozlaną bolesność całego brzucha, bóle w plecach i krzyżu, często bóle i uczucie rozpierania w bokach, bicie serca, występujące napadowo, niekiedy bez uchwytnego powodu, zwykle jednak po wysiłkach, odbijania puste lub „stęchłem jajkiem", rzadziej rozwolnienia i zaburzenia w miesiączkowaniu. Szczegółowe wypytywanie chorych wykazuje, że pocza-

[1]) Praca wyróżniona na konkursie „Wiedzy".

tek choroby odnoszą zwykle albo do jednorazowego nadmiernego wysiłku — np. dźwignięcia wora ziemniaków, snopa zboża i t. p., albo — co częściej — do okresu dłużej trwającej wytężonej pracy „chyłkiem“, t. zn. w zgiętej pozycji — np. pielenia, wiązania lub żęcia, kopania i t. p. Odpowiednio do tego i objawy chorobowe występują bądź nagle, niejako z dnia na dzień, bądź nasilają się stopniowo i doprowadzają wreszcie do zupełnej niezdolności do pracy. Zwykle dominują skargi na obolałość brzucha, dochodzącą do tego, że chora nie może chodzić, ani jeździć, najlżejszy wstrząs, nawet stąpnięcie na nierównym gruncie, jazda po szosie furmanką — sprawia nader dotkliwe bóle. Miejscem występowania bólów o największem nasileniu jest najczęściej okolica dołka podsercowego, bądź też okolica pępka, rzadziej oba lub jedno podżebrze, bądź też okolica podbrzuszna; w tym wypadku chore zwykle wspominają, że im „coś weszło“ w bok, „coś chodzi po brzuchu“, przelewa się i kruczy w kiszkach. Częste bardzo są skargi na bóle w plecach, zwłaszcza między i pod łopatkami, bóle w karku i w barkach — te w szczególności nie tylko przy chodzeniu i dźwiganiu ciężarów, ale nawet przy staniu czy siedzeniu; częste również są skargi na bóle w krzyżu. Niekiedy występują objawy przeczulicy skórnej — chora nie może zawiązać fartucha czy spódnicy, razi ją nawet koszula, którą nosi, i pierzyna, jaką się w nocy okrywa. Zazwyczaj chore w pozycji leżącej — przy wyeliminowaniu wszelkich wstrząsów — czują się lepiej, wypoczywają, śpią dobrze. Również objawy ze strony serca — bicie i kołatanie — zwykle uspakajają się przy leżeniu, niekiedy jednak — zwłaszcza przy dłuższem trwaniu choroby — chore odczuwają je leżąc ze zdwojoną siłą; wtedy, rzecz jasna, spać zupełnie nie mogą. Zasadniczo — jak już wspomniano — bicie i kołatanie serca występują przy chodzeniu i wszelkich wysiłkach, nawet stosunkowo lekkich, również i po „zalęknięciu się“, trwają często całemi godzinami i wprawiają chore w stan nadmiernego napięcia nerwowego, wsłuchiwania się w siebie, niejako oczekiwania czegoś. W brzuchu — a niekiedy i w głowie — odczuwają tętnienie — „jakby zegar chodził“. Często występuje uczucie „podchodzenia czegoś do gardła“, rzadziej — dławienia. Ze strony układu pokarmowego skargi dotyczą zwykle braku łaknienia; b. często występują odbijania puste lub „stęchłem jajkiem“, zwykle po jedzeniu, niekiedy i naczczo; po jedzeniu występują niekiedy wzdęcia brzucha, co wzmaga, rzecz jasna, opisaną wyżej obolałość całego brzucha oraz przeczulicę. Stolce naogół prawidłowe, niekiedy ze skłonnością do zaparcia, częściej ze skłonnością do rozwolnień, występujących niekiedy naprzemian z zaparciem i połączonych z dotkliwem uczuciem rżnięcia brzucha przed wypróżnieniem. Miesiączkowanie naogół prawidłowe, niekiedy obfite, długotrwałe, przyśpiesza się. Ilość przebytych porodów i poronień zmienna, przeważnie jednak jest ich w wywiadach stosunkowo dużo i powtarzały się często. Pozostałe układy — oddechowy, moczowy, narządy ruchu, narządy zmysłowe — nie nastręczają zwykle szczególnych powodów do skarg. Wywiady rodzinne oraz anamneza chorób przebytych — zwykle bez znaczenia.

Badanie przedmiotowe wykazuje stan następujący:

Wzrost odpowiadający przeciętnemu wzrostowi miejscowych chłopek i wahający się w prawidłowych granicach. Budowa prawidłowa, średnio mocna, rzadziej — wiotka. Mięśnie — w szczególności kończyn górnych i grzbietu — dobrze rozwinięte, tkanka podskórna naogół zaledwie dostatecznie, często jednak licha. Skóra i widzialne śluzówki zabarwione naogół prawidłowo, często blade; niekiedy wybitna gra naczyń skórnych; wybitny dermografizm, zwykle czerwony, występujący zaraz po podrażnieniu i utrzymujący się długo; często nadmierna potliwość. Odruchy okostnowe i ścięgnowe na kończynach górnych i dolnych, zwykle bardzo wybitnie wzmożone, polikinetyczne — niekiedy jednak zahamowane przejściowo — bez odruchów patologicznych. Siła mięśniowa, sprawność ruchowa — prawidłowe. W palcach wyciągniętych kończyn górnych często drżenie drobno faliste.

Nerwy czaszkowe bez szczególnych zmian (o układzie współczulnym i przywspółczulnym będzie jeszcze mowa). Gałki oczne prawidłowo ustawione i ruchome, często nadmiernie błyszczące; brak wytrzeszczu, często dodatni objaw Moebiusa; Stellwag i Popow ujemne; źrenice reagują na światło, zbieżność i przystosowanie prawidłowo, niekiedy stwierdza się nierówność źrenic; odruch rogówkowy nie-

kiedy osłabiony, lub też przeciwnie — wzmożony.

Język częściej gładki, błyszczący, nieobłożony, wilgotny, rzadziej — obłożony; w wysuniętym języku drżenie drobno faliste; odruch gardzielowy niekiedy zniesiony.

Gruczoł tarczowy: b. często (trzeci co do częstości występowania objaw opisywanego zespołu) stwierdza się powiększenie płatu środkowego, lub jednego z płatów bocznych, prawego częściej niż lewego; spoistość powiększonego płatu prawidłowa, brak szmerów naczyniowych.

Klatka piersiowa — odpowiednio do budowy — dobrze wysklepiona, kąt międzyżebrowy prosty lub nawet większy od prostego.

Narząd oddechowy — w normie lub bez typowych zmian; w szczególności nie udaje się wykryć zmian organicznych, które mogłyby usprawiedliwić wyżej opisane bóle w plecach.

Badanie układu krążenia nie wykazuje zazwyczaj zmian organicznych w sercu. Uderza zazwyczaj wybitna niemiarowość oddechowa, nadmierna pobudliwość i chwiejność akcji serca — np. 80 — 90' w pozycji siedzącej lub leżącej, 120 — 130' przy staniu i przy najlżejszych bodaj wysiłkach. Osłuchując w okresie przyśpieszonej akcji serca stwierdza się zwykle w drugiem prawem międzyżebrzu tuż przy mostku, niekiedy nad i nalewo od mostka, lekki szmer, zwykle skurczowy; znika on po uspokojeniu się akcji serca. Niekiedy stwierdza się skurcze dodatkowe — dają one zwykłe objawy. Tętno odpowiednio do akcji miarowe lub niemiarowe oddechowo, zwykle dość łatwo uciskalne, niekiedy chybkie. Tętnice obwodowe elastyczne, o przebiegu prostolinjowym. O tętnicach jamy brzusznej będzie za chwilę mowa. Niekiedy stwierdza się gołem okiem tętnienie w dołku szyjnym oraz tętnienie naczyń obwodowych.

Jama brzuszna zazwyczaj wysklepiona prawidłowo, niekiedy nadmiernie zapadnięta, lub też — przeciwnie — wzdęta, zwłaszcza w nadbrzuszu. W dołku podsercowym dość często stwierdza się gołem okiem tętnienie. Powłoki brzuszne dość często wiotkie, niekiedy b. wiotkie; jednak nie można stwierdzić jakiejś wybitniejszej różnicy w zachowaniu się powłok u tych chorych w porównaniu do chorych dotkniętych innemi chorobami, w szczególności do żydówek. Szczegółowe obmacywanie jamy brzusznej wykazuje — jako stały, pierwszy co do częstości i najbardziej charakterystyczny objaw opisywanego zespołu — wybitne tętnienie i żywą bolesność wzdłuż przebiegu tętnicy głównej brzusznej. Bolesność i tętnienie rozpoczynają się zazwyczaj w okolicy dołka podsercowego, na granicy pomiędzy górną i środkową 1/3-cią odległości mostkowo-pępkowej, względnie w połowie tej odległości, a kończą się zwykle nieco powyżej pępka. W przypadkach z wiotkiemi powłokami brzusznemi można stwierdzić, że pas najwybitniejszej bolesności przebiega nie w linji środkowej, lecz nieco (w odległości około 1,5 cm) wlewo od niej; w tych przypadkach można też wymacać dokładnie kręgosłup oraz przebiegającą wzdłuż i w lewo od niego tętnicę brzuszną. Obmacywanie tętnicy brzusznej sprawia właśnie ból największy. Wiotkie powłoki umożliwiają też zwykle dokładne obmacywanie obu gałęzi tętnicy brzusznej, t. zn. tętnic biodrowych wspólnych; obmacywanie tych tętnic jest również żywo bolesne. Przebiegające pionowo pasmo bolesności urywa się nagle na wysokości punktu podziału tętnicy brzusznej i obmacywanie jamy brzusznej w linji środkowej poniżej tego punktu, t. zn. zwykle od pępka do spojenia łonowego, jest już niebolesne. Obmacywanie tętnicy brzusznej wykazuje zwykle wybitną grę ściany naczyniowej, wychylenia o znacznej amplitudzie, unoszące palce badającego; wyczuwa się też szmer naczyniowy odpowiadający przesuwającej się fali krwi i zbliżony w charakterze do t. zw. mruku kociego. Osłuchiwanie tętnicy brzusznej, które udaje się doskonale przy wiotkich powłokach po usunięciu pętli jelit cienkich, wykazuje szmer naczyniowy szorstki, trący, odpowiadający określeniu „jeu à vapeur". Podobny w charakterze, jednak nieco słabszy szmer słyszy się niekiedy w tych samych warunkach nad obydwiema tętnicami biodrowemi wspólnemi.

Inne wyniki badania jamy brzusznej są w porównaniu z opisanym zasadniczym objawem niezbyt wyraźne. Często stwierdza się wzmożenie ruchów robaczkowych jelit, stan spastyczny okrężnicy i jej ramię poprzeczne na wysokości pępka. Natomiast — wbrew temu, czegoby się można na podstawie wiotkości powłok i ilości porodów spodziewać, i co, niewątpliwie,

zasługuje na podkreślenie — opuszczenie innych narządów jamy brzusznej, a więc nerek (prawej!), wątroby, żołądka, śledziony, nie należy do typowego obrazu i spotyka się zaledwie w połowie przypadków. Osłuchiwaniem jamy brzusznej stwierdza się często wzmożenie kruczenia jelitowego.

Badanie narządów miednicy małej wykazuje w przytłaczającej większości przypadków (drugi co do częstości występowania objaw) tyłozgięcie macicy, wraz ze wszelkiemi objawami objektywnemi, charakteryzującemi ten stan. W lwiej części przypadków jest to tyłozgięcie wolne, dające się mniej lub bardziej łatwo odprowadzić. Z innych zmian w położeniu macicy stwierdza się często połączenie tyłozgięcia z lewo — lub prawo - zgięciem, względnie pochyleniem; rzadziej spotyka się tyłopochylenie wzgl. tyłozgięcie wraz z opuszczeniem macicy. Do rzadkości należą przypadki, w których nie stwierd a się żadnych zmian w położeniu narządów rodnych — przy występowaniu innych objawów opisywanego zespołu, a więc w pierwszym rzędzie tętnienia i bolesności wzdłuż przebiegu tętnicy brzusznej. Bardzo rzadkie są również przypadki, w których przy każdem badaniu stwierdzamy inny stan w narządach rodnych, oraz te, w których tyłozgięcie jest ustalone i nie daje się odprowadzić.

Różnorodność objawów objektywnych i nieokreśloność wywiadów powoduje, że rozpoznanie idzie często w zwodniczych kierunkach. Znam dziesiątki chorych leczonych latami, często przez specjalistów „na płuca", wzgl. „na suchoty", skierowywanych do prześwietlenia, które z reguły nie wykazuje nic, wzgl. tylko nic nieznaczące, zastarzałe zmiany — dotyczy to zwłaszcza chorych, skarżących się na bóle w plecach, zwłaszcza między łopatkami o charakterze pleuralgicznym. Inne chore również latami leczą się na osławiony „katar żołądka" — są to te, u których dominują objawy ze strony jamy brzusznej, zwłaszcza bóle w dołku podsercowym. Inne znów latami leczą się „na nerwy". Jednak rozpoznanie tego stanu chorobowego — o ile tylko wie się o nim, lub pamięta — nie nastręcza naogół trudności.

Trudniej — zwłaszcza dla lekarza praktykującego na prowincji i pozbawionego możności wykonywania na szerszą skalę badań laboratoryjnych i doświadczalnych — przedstawia się kwestja ujęcia w jednolitą całość i powiązania przyczynowego tak różnorodnych objawów. Częstość występowania zmian w położeniu macicy, a m. tyłozgięcia, nasuwałaby przypuszczenie, że są to wszystko objawy t. zw. nerwowe, wzgl. odruchowe tyłozgięcia. Najnowszy polski podręcznik ginekologji *Bećka, Gromadzkiego, Lorentowicza i Millera* wymienia jako objawy nerwowe: „Zaburzenia żołądkowo-jelitowe, czkawkę, wymioty, nieokreślone bóle w podbrzuszu, niestrawność, kolkę żołądkową, dalej bóle głowy i krzyża, bóle kończyn dolnych (rwa kulszowa- ischias), górnych i t. d.". W podręczniku *Rosnera* podane są jako objawy nerwowe tyłozgięcia: bóle w okolicy żołądka, nudności, bóle głowy, bóle w kończynach dolnych i t. p.". *Fritsch* w swym słynnym podręczniku podaje jako objawy histeryczne: „czkawkę, wymioty, napady kaszlu, nerwobóle twarzowe i międzyżebrowe, mastodynia, ischias, migrenę, stałe, niedokładnie zlokalizowane bóle w dolnej części brzucha, w nerwach kończyn, drżenie rąk i nóg; tutaj należy również słabe trawienie i chroniczne cierpienia żołądka, w szczególności zaburzenia ruchowe (hysteroneurosis ventriculi, histeryczna niestrawność i cardialgia)". Francuski podręcznik *Pozzi'ego* wymienia następujące odruchowe objawy nerwowe: „utrudnienie chodzenia, niedające się nawet porównać ze zwykłem zmęczeniem, a imitujące porażenie kończyn dolnych; — liczne nerwobóle, drażliwość histeryczną, napady kaszlu, niestrawność" i t. d. Nie mając możności czynić samemu poszukiwań bibljograficznych, zwróciłem się do bibljoteki Centrum Wyszkolenia Sanitarnego z prośbą o podanie bibljografji na temat zaburzeń nerwowych w tyłozgięciu macicy. Odpowiedź brzmiała, że „prac osobnych na temat zaburzeń nerwowych w tyłozgięciu macicy niema. Nawet w 8-tomowym podręczniku *Halban-Seitz'a* „Biologie und Pathologie des Weibes" znalazłem jedynie dwa wiersze druku o zaburzeniach nerwowych: „bóle neuralgiczne pleców między łopatkami i w krzyżu, bóle promieniujące do nóg, bóle głowy, migrena, niestrawność".

Tak więc żaden z cytowanych podręczników, ani żaden z innych mi znanych, nie wymienia całego szeregu opisanych poprzednio objawów, a w pierwszym rzędzie bolesności i tętnienia tętnicy brzusznej

oraz objawów nadczynności tarczycy. Wymieniają one bóle w podbrzuszu, gdy obserwowane przezemnie chore mają bóle uciskowe w nadbrzuszu. Sam fakt pominięcia tego kardynalnego objawu, jakim jest w omawianym zespole tętnienie i bolesność tętnicy brzusznej, nie świadczyłby jednak o niemożliwości zaliczenia go do objawów nerwowych tyłozgięcia, świadczyłby raczej tylko o pominięciu go, wzgl. o zaliczeniu do mniej ważnych. Tymczasem obserwacje moje pouczają, że tętnienie i bolesność tętnicy brzusznej oraz tyłozgięcie tak często się z sobą kojarzą, że nie przesądzając ich współrzędnego lub nadrzędnego stosunku do siebie — w przytłaczającej większości wypadków tętnienie i bolesność tętnicy brzusznej świadczy o tyłozgięciu, jest niemal dla tyłozgięcia patognomiczna. Stwierdzając przy badaniu jamy brzusznej tętnienie i bolesność tętnicy brzusznej można z największem prawdopodobieństwem przewidzieć istnienie tyłozgięcia w tym przypadku. Jednak istniejące niewątpliwie wyjątki, w których — pomimo tętnienia i bolesności tętnicy brzusznej — najskrupulatniejsze badanie nie wykazuje żadnych zmian w położeniu narządów rodnych, przemawiają przeciwko uznaniu tego objawu za zależny wyłącznie od retrofleksji.

Tętnienie w dołku podsercowym oraz bolesność w tej okolicy należy do klasycznych objawów nerwobólu splotu słonecznego- neuralgia plexus solaris, występującego w uogólnionych nerwicach układu roślinnego — sympatozach. „Punkt bolesny w nadbrzuszu — le clou solaire — znajduje się według opisu nieco wprawo od linji mieczykowato-pępkowej, tuż nad linją łączącą końce dziesiątych żeber". „Nerwowcy, wycieńczeni, neuropaci mają stałą i żywą bolesność splotu słonecznego. Stałą przeczulicę splotu słonecznego mogą również wywołać schorzenia narządów brzusznych: przewlekła choroba wyrostkowa, kamica żółciowa, bolesne sprawy maciczne i przydatków, zwłaszcza opuszczenie narządów jamy brzusznej — wszystko to szczególnie u neuropatów". *(Laignel — Lavastine)*. *Jaboulay* zgrupował pod nazwą bólowego zespołu słonecznego-syndrome solaire douloureux- nerwobóle trzewne (neuralgia visceralis) jamy brzusznej i rozpatruje je jako objawy wadliwej czynności brzusznego nerwu współczulnego. „Zaburzenia te zależą od tej częstej u neuropatów choroby, która przejawia się przez tętnienie w dołku podsercowym oraz wzdęcie i niedowład pętli jelitowych".

Do tych opisów znawców sympatykologji musiałbym jedynie dodać, że u moich chorych dominowała — jak się zdaje — bolesność wlewo, a nie wprawo od linji środkowej, że, dalej, nie ograniczała się ona do jednego punktu, lecz sięgała wdół aż do punktu podziału tętnicy brzusznej, a nawet dalej, wzdłuż obu tętnic biodrowych. Natomiast w stosunku do spostrzeganych przezemnie chorych, nie mogę się stanowczo zgodzić na zaliczenie ich do kategorji neuropatów, o czem zresztą będzie jeszcze mowa.

Tak więc dochodzimy do wniosku, że najgłówniejszy objaw opisywanego zespołu chorobowego należy zaliczyć do nerwic roślinnego układu nerwowego, w szczególności nerwic splotu słonecznego (wzmożenie napięcia brzusznego odcinka nerwu współczulnego). Uznając u obserwowanych chorych nerwicę wegetatywną, znajdziemy już, rzecz jasna, łatwiejsze wytłumaczenie, niż „katar żołądka" dla wszystkich skarg, dotyczących jamy brzusznej, dla odbijań, wzdęć, przeczuliny skórnej i t. p.

Drugim objawem, który również dość trudno byłoby uznać za „nerwowy", wzgl. „odruchowy" objaw tyłozgięcia, jest powiększenie tarczycy. Ten łatwy do spostrzeżenia i drugi co do stałości występowania objaw wiąże się w łańcuch przyczynowy z innemi, jak: dermografizm, nadmierna potliwość, drżenie w palcach wyciągniętych rąk, nadmierna pobudliwość i chwiejność akcji serca, nadmierna połyskliwość gałek ocznych, dodatni objaw Moebiusa, wybitna gra wasomotorów oraz — last but not least — tętnienie naczyń brzusznych. Powstaje dość wyraźnie zarysowany (chociaż niezawsze zupełny) obraz nadczynności tarczycy. Klasyczną postać rozwiniętej choroby *Basedowa* — ze względu na stały brak znaczniejszego powiększenia tarczycy, brak wytrzeszczu, brak innych objawów ocznych (oprócz objawu *Moebiusa)*, brak stałej i znacznej tachycardii, brak wychudnienia, można, jak się zdaje, wyłączyć. Pozostaje więc raczej jakaś szczątkowa, wzgl. poronna postać *Basedowa*. Uznając zaś zespół powyższy za wynik nadczynności tarczycy, powracamy ponownie do pojęcia nerwicy układu wege-

tatywnego, rozpoznajemy wzmożenie napięcia (szyjnego odcinka) nerwu współczulnego, związanego z tarczycą węzłem wzajemnego oddziaływania i regulacji. Teraz staje się również łatwiejsze wytłumaczenie subjektywnych objawów bólowych ze strony klatki piersiowej, wzgl. opłucnej, oskrzeli i płuc („tussis uterina"), którym nie towarzyszą żadne zmiany objektywne, bez uciekania się do pomocy „kataru płuc"; zrozumiałe stają się też objektywne i subjektywne objawy sercowe i naczyniowe, nawet skłonność do biegunek, na które chore się skarżą i tym podobne objawy wegetatywne.

I znów nasuwa się pytanie, dlaczego w klasycznych podręcznikach nie znajdujemy ani wzmianki o bliższym charakterze owych zmian „nerwowych", gdy znany jest zespół nadczynności tarczycy, np. w zaburzeniach klimakterycznych (*Robert Schröder*), a zaburzenia w czynności narządów płciowych odgrywają dużą rolę w etjologji zaburzeń tarczycowych (*Orłowski*).

Dominująca rola układu wegetatywnego w opisywanym zespole chorobowym nasuwa konieczność dokładniejszego zbadania stanu czynnościowego tego układu. Analiza wspomnianych objawów nie daje jednoznacznych wyników w sensie stwierdzenia przewagi lub niedomogi układu nerwu współczulnego lub układu nerwu błędnego, zdaje się ona świadczyć raczej o wzmożonem napięciu, np. niemiarowość oddechowa, nadmierna potliwość zdają się należeć do obrazu vagotonji, inne, zwłaszcza należące do zespołu *Basedowa* — przemawiają za sympatykotonją. Celem bliższego ustalenia, z jaką nerwicą wegetatywną mamy do czynienia, należałoby przeprowadzić odnośne badania czynnościowe. Niestety, w warunkach prowincjonalnych systematyczne badania tego rodzaju (podobnie jak badania przemiany podstawowej) należą do niemożliwości. U kilku chorych wykonałem próbę adrenalinową i atropinową. Próba adrenalinowa wykazywała we wszystkich (6) przypadkach b. znaczny, typowo sympatykotoniczny odczyn ogólny, aż do zapaści włącznie, próba atropinowa wypadała mniej wyraźnie, różnica między ilością tętna przed i po zablokowaniu nerwu błędnego wahała się w granicach od 15 — 50, a więc raczej w granicach niskich, przemawiających za hypovagotonją. Jednak, rzecz jasna, na tak nielicznych badaniach nie można opierać żadnych wniosków. Również badanie soku żołądkowego, okazane mi przez kilka z moich pacjentek, leczonych na „katar żołądka", wykazywało niskie wartości kwasu solnego, wolnego i związanego, co, jak się zdaje, również przemawiaćby mogło za sympatyko- wzgl. hypovagotonją. Badanie fizykalne układu roślinnego dawało inne wyniki i — w szczególności — znamienny dla vagotonji odruch oko-sercowy okazał się nawet niezłym doraźnym środkiem leczniczym w niektórych przypadkach. Słowem, zagadnienia, z jaką nerwicą wegetatywną mamy do czynienia, rozstrzygnąć mi się nie udało. Otrzymane — częściowo sprzeczne — wyniki zdają się przemawiać jedynie za wzmożeniem napięcia układu n. współczulnego i chwiejnością układu n. błędnego. Zresztą, wiadomą jest rzeczą, że we wszystkich prawie przypadkach hyperthyreozy badanie układu roślinnego daje niejednolite wyniki.

Z powyższych rozważań i faktu, że wszystkie trzy najistotniejsze objawy opisywanego stanu chorobowego (tętnienie i bolesność tętnicy brzusznej, tyłozgięcie, tarczyca powiększona i objawy jej nadczynności) występują najczęściej razem, niekiedy jednak w dowolnych odmianach i połączeniach, wynika, że trudno jest uznać którykolwiek z nich za nadrzędny w stosunku do pozostałych. Trudno jest uznać tętnienie i bolesność uciskową tętnicy brzusznej za wyłączny objaw odruchowy retrofleksji, ponieważ są przypadki, w których występują te objawy i bez tyłozgięcia. Trudno jest uznać powiększenie i zespół nadczynności tarczycy za objaw tyłozgięcia, a już tembardziej nie można uważać tyłozgięcia za objaw zwichnięcia równowagi układu roślinnego. Trzeba więc szukać wspólnego mianownika, do którego możnaby wszystkie powyższe objawy sprowadzić, przyczyny, któraby tłumaczyła występowanie całego zespołu objawów. Otóż tu trzeba zaznaczyć, że znów rozwiązanie tego zadania jest dla lekarza na prowincji niemożliwością, możliwa jest tylko mniej lub więcej prawdopodobna hipoteza. Hipoteza ta musi wytłumaczyć wszystkie objawy wchodzące w zakres zespołu, musi też wytłumaczyć, dlaczego występują one u chłopek, dlaczego szczególnie często u chłopek i dlaczego nie występują prawie wcale (wzgl. rzadko) u innych kobiet, np.

mieszczek, żon rzemieślników, wzgl. żydówek. Przyczyną tą jest — jak się zdaje — praca nad siły, zwłaszcza praca „chyłkiem", która jest udziałem całej masy chłopek drobno-, średnio- i bezrolnych, (a te stanowią główny kontyngent moich chorych).

Wystarczy przyjrzeć się przelotnie bodaj niektórym tylko pracom wykonywanym przez kobiety na wsi, aby przekonać się, jak ciężka to praca i w jakiej pozycji się odbywa. A więc np.: wiosna — kopanie zagonów, sadzenie kartofli, kapusty, warzyw, pielenie warzyw, lnu, pszenicy, prosa; lato — pielenie, okopywanie kartofli, kapusty, buraków i temu podobnych okopowizn, odbieranie „garści" i wiązanie snopków podczas żniw, podbieranie „kłosków" po żniwach; jesień — kopanie kartofli i innych warzyw. A gdzie pokosy siana i koniczyny, gdzie rozstrząsanie i nakładanie nawozu wiosną i jesienią, gdzie inne prace(a jest ich mnóstwo) w polu i ogrodzie, przeróżne „porządki gospodarskie", które wszystkie mają tę wspólną cechę, że wymagają olbrzymiego nieraz i długotrwałego wysiłku. A gdzie trwające rok cały t. zw. „wynoszenie saganów świniom", których hodowla stanowi podstawę egzystencji drobno- i średniorolnego chłopa, gdzie dźwiganie wiader z wodą, pranie kijanką i t. d. Przez rok cały praca, praca wytężona, praca „chyłkiem" lub dźwiganie ciężarów. Że tego rodzaju praca nad siły, że ten czynnik społeczny może stanowić poważny czynnik etjologiczny, nie ulega, zdaje się, wątpliwości.

Tymczasem rola pracy, jako czynnika etjologicznego w powstawaniu poszczególnych składników opisywanego zespołu, nie jest, jak się zdaje, dostatecznie podkreślona.

O ile chodzi o retrofleksję — „najkonkretniejszy" objaw w zespole — zdawałoby się, że rola ciężkiej i stałej pracy nad siły w jej powstawaniu poprostu się narzuca. Okazuje się jednak, że w wymienionych wyżej podręcznikach chorób kobiecych praca jako czynnik wywołujący tyłozgięcie nie figuruje. *Prof. Rosner* podaje jako „główny i najważniejszy czynnik przyczynowy" „rozluźnienie więzadeł przytrzymujących szyjkę maciczną w tyle", i jako przyczyny tego rozluźnienia przedewszystkiem stan „po porodzie lub po poronieniu" oraz — prócz porodu:

1) status asthenicus *Stillera*, charakteryzujący się wiotkością mięśni i powięzi, odpowiednią budową ciała (habitus asthenicus) i opadnięciem trzew jamy brzusznej (habitus ptoticus);

2) upadek odżywiania połączony z zanikiem tkanki tłuszczowej i obniżeniem narządów jamy brzusznej;

3) nawykowe zaparcie stolca. Pozatem wspomina Prof. *Rosner* o tyłozgięciu wrodzonem oraz — jako o rzadkości — t. zw. tyłozgięciu ostrem, powstawającem pod wpływem urazu.

Docent L. Lorentowicz podaje, że „tyłopochylenie lub tyłozgięcie wolne powstaje bądź na podłożu konstytucjonalnem w związku z dziecięcością macicy, w okresie rozwoju płciowego wskutek masturbacji lub przewlekłego zaparcia stolca, bądź pod działaniem urazu, jak upadek na pośladki, ściągnięcie części pochwowej podczas zabiegów bez następczego odprowadzenia macicy, bądź wreszcie w połogu, poronieniu lub po dłuższem leżeniu w łóżku. *Rob. Schröder* podkreśla znaczenie czynnika konstytucjonalnego, *Hofmeier-Schröeder* stawia na pierwszym planie zwiotczenie macicy i jej aparatu podtrzymującego. Jedynie *Pozzi* wymienia nagły wysiłek jako przyczynę tyłopochylenia. Również *Fritsch* wymienia pośród przyczyn retrofleksyj poza porodowych — obok zaparcia i zatrzymania moczu — upadek i skok z wysokości oraz znaczny wysiłek. Z tego zestawienia wynika, że ginekolodzy uznają — i to jedynie jako czynnik dalszego rzędu — raczej jednorazowy wysiłek. Znaczenie ciężkiej pracy fizycznej, długotrwającej, w szczególności „chyłkiem", nie jest uwzględnione.

Z innych czynników wysuwanych przez ginekologów zasługuje na uwagę rola czynnika konstytucjonalnego. Powszechność opisywanej choroby u chłopek przemawia do pewnego stopnia przeciwko uznaniu tego czynnika, w przeciwnym bowiem razie t. zw. asthenia universalis Stillera, czy status hypoplasticus Barthla, czy też inny stan mniejszej wartościowości ustroju musiałby być uznany za prawidłowy stan konstytucjonalny podstawowej masy chłopstwa, a temu jednak przeczy chłopska rzeczywistość.

Również ilość przebytych porodów i związana z tem wiotkość powłok oraz więzów macicznych nie jest zasadniczą przyczyną omawianego stanu chorobowego. Dowodzi tego niżej przeprowadzone po-

równanie chłopek z żydówkami małomiasteczkowemi, niemniej płodnemi i niekiedy również ciężko (jednak inaczej) pracującemi. Zresztą, jak już zaznaczono, wiotkość powłok i opuszczenie narządów brzusznych, lubo dość często spotykane, nie należy jednak do zasadniczych cech zespołu.

Tak samo nie da się uznać za podstawową przyczynę stanu chorobowego wczesnego wstawania z łóżka po porodzie, o czem można się dość często dowiedzieć z wywiadów. Wiadomo jest bowiem, że właśnie długie leżenie po porodzie sprzyja powstawaniu tyłozgięcia, zaś wczesne wstanie jest uważane *(Rob. Schröder)* za czynnik zapobiegający zwiotczeniu powłok i — co zatem idzie — retrofleksji. Raczej należałoby tu mówić o wczesnem wstaniu i natychmiastowem podjęciu ciężkiej pracy, a wtedy sprawa wczesnego wstawania po porodzie nabrałaby właściwego znaczenia.

Co się tyczy najczęstszego objawu, jakim jest tętnienie i bolesność uciskowa wzdłuż przebiegu tętnicy brzusznej, to, rzecz jasna, w przypadkach, w których objaw ten występuje obok retrofleksji, najprostszem wytłumaczeniem byłoby uznanie go za objaw odruchowy, np. drogą ucisku opadniętej ku tyłowi macicy na sploty sympatyczne miednicy małej. Jednak — jak już powiedziano — objaw ten spotyka się również w przypadkach, w których skrupulatne i powtarzane kilkakrotnie badanie nie wykazuje żadnych zmian w narządach rodnych, a w których istnienie opisywanego zespołu nie ulega wątpliwości; w przypadkach tych trudno jest również uzależnić bardzo wybitne tętnienie i bolesność tętnicy brzusznej od zaledwie zaznaczonych objawów tarczycowych. Nasuwa się wobec tego konieczność uniezależnienia tego objawu od 2-ch pozostałych.

Wiadomą jest rzeczą, że etjologja nerwic wegetatywnych (a tętnienie i bolesność tętnicy brzusznej jest objawem nerwicy splotu słonecznego) nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. Schorzenia organiczne narządów jamy brzusznej oraz rozległe opadnięcia trzew mogą wywołać objawy nerwicowe ze strony plexus solaris, zwłaszcza u neuropatów *(Laignel-Lavastine)*. Otóż przedewszystkiem należy wyłączyć u naszych chorych ten czynnik neuropatyczny, z tych samych powodów, dla których wyłączyłem poprzednio skazy konstytucjonalne. Rola ciężkiej pracy fizycznej w powstawaniu nerwic wegetatywnych również nie jest dostatecznie oświetlona, jednak wpływ pracy na pobudliwość nerwu współczulnego nie ulega wątpliwości. *Laignel-Lavastine* wprost mówi: L'activité musculaire entraîne des variations de l'irritabilité sympathique.

Uznając zaś rolę pracy w powstawaniu nerwic wegetatywnych za dowiedzioną, możemy tem samem, conajmniej pośrednio — uznać jej wpływ w powstawaniu zespołu objawów nadczynności tarczycy, bowiem rola układu sympatycznego w powstawaniu zespołu nadczynności tarczycy jest powszechnie znana.

A teraz kilka liczb.

W ciągu niespełna 3-ch lat praktyki prowincjonalnej zbadałem ogółem 1012 chłopek, 371 kobiet (polki) z miasta (urzędniczki, żony urzędników, żony rzemieślników, i pół-chłopów, fachowczynie, pracownice domowe i t. p. oraz 1297 żydówek małomiasteczkowych i wiejskich (żony kupców i handlarzy, handlarki, pracownice domowe, fachowczynie i t. p.). Stosunek poszczególnych grup schorzeń w tych 3-ch środowiskach uwidaczniają tabele:

Grupa schorzeń	Żydówki		Polki z miasta		Chłopki	
	Liczba	%%	Liczba	%%	Liczba	%%
I*)	212	16,3	39	13,2	158	15,6
II	117	9	52	14	83	8,2
III	277	21,4	71	19,1	123	12,2
IV	284	21,9	64	17,2	65	6,5
V	296	22,8	79	21,3	126	12,3
VI	91	7	35	9,4	59	5,9
VII	2	0,2	—	—	8	0,7
VIII	18	1,4	21	5,7	390	38,5
	1297	100%	371	100%	1012	99,9%

Muszę tu zaznaczyć, że w poszczególnych latach stosunek %%-wy chorych w poszczególnych grupach do ogólnej ilości jest prawie stały. O ile chodzi o chore z zespołem w grupie chłopek było ich: w 1-ym roku (1932) — 40%, w drugim

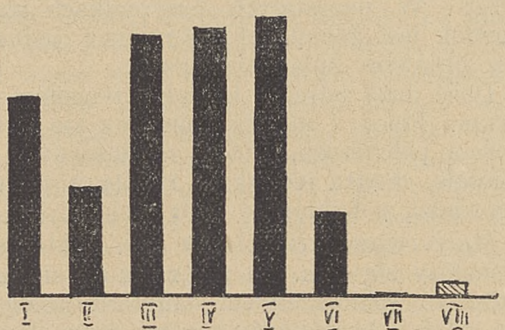
[1]) I grupa: oczy, uszy, gardło, nos, skóra, drobna chirurgja. II. grupa zakaźne ostre i „z przeziębienia". III. grupa narząd krążenia i narząd oddechowy (łącznie z gruźlicą). IV. grupa wątroba, przewód pokarmowy, nerki i drogi moczowe. V. grupa inne (nerwowe, psychiczne, przemiany materji, gośćcowe, weneryczne, nowotworowe). VI. grupa kobiece. VII. grupa Basedow. VIII. opisywany zespół.

35,6%, w trzecim 40%, średnio 38,5%, mamy więcej tutaj do czynienia ze zjawiskiem stałem.

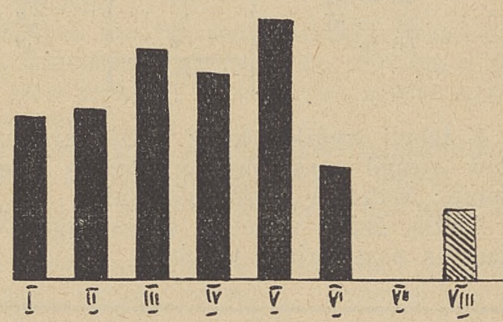
Z powyższej tabeli wynika, że w okolicy, w której praktykuję, około 40% chorych wieśniaczek zgłasza się z charakterystycznemi objawami opisywanego zespołu. A trzeba tutaj dodać, że i w innych grupach są chore, u których niewątpliwie ten zespół dałby się wykryć, gdyby tylko przeprowadzić odpowiednie badanie. Dotyczy to zwłaszcza chorych z grupy pierwszej, zgłaszających się np. z powodu zastrzału, zapalenia spojówek, ropnia okołomigdałkowego, lub t. p. Gdyby się okazało, że i w innych okolicach kraju stosunki układają się podobnie, wynikałoby z tego, że miljony chłopek dotknięte są chorobą, która, coprawda, nie zabija, ale zatruwa im najlepsze lata.

Ogromną przewagę chorych z zespołem w grupie chłopek uzmysławiają wykresy:

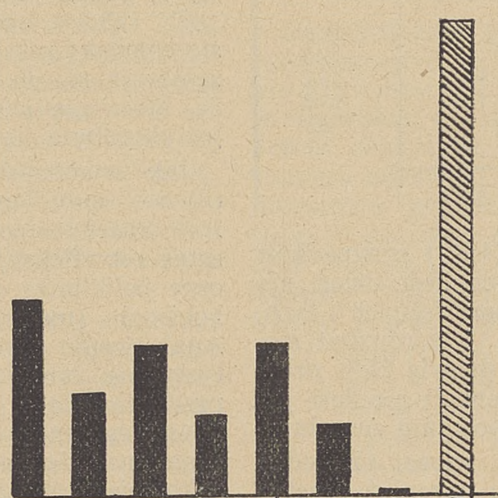
ŻYDÓWKI.



MIASTO (Polki).



CHŁOPKI.





Linje skośne: zespół (VIII grupa);
czarne: wszystkie grupy pozostałe.

O wieku, w którym ten zespół występuje, daje pojęcie poniższa tabela; zawierająca dane dotyczące 427 chorych:

Wiek chorych z zespołem:

L a t a	Liczba	% %
< 18	3	0,7
18 — 22	33	7,7
23 — 27	95	22,4
28 — 32	77	18
33 — 37	80	18,8
38 — 42	64	15
43 — 47	40	9,3
48 — 52	16	3,7
53 — 57	11	2,6
58 >	8	1,9
	427	

Z tabeli wynika, że w 74,2% przypadków zespół występuje w kwiecie wieku kobiet, w czasie od 23 do 42 lat.

Liczba dzieci u kobiet z zespołem uwidacznia następująca tabela:

Liczba dzieci	Liczba chorych	% %
Bezdziet.	54	12,8
1	49	11,6
2 — 4	190	45,1
5 — 8	106	25,2
9 — 12	19	4,5
13 >	3	0,7
	421	

Blisko więc połowa (45%) przypadków dotyczy kobiet, u których ilość dzieci nie jest zbyt wielka. Ilość bezdzietnych i tych, które raz tylko rodziły, jest również stosunkowo duża (łącznie prawie 25% przypadków), co jest dowodem, że nie ilość porodów stanowi o występowaniu zespołu.

U kobiet, które mają więcej niż jedno dziecko, ilość porodów i poronień przebytych jest — jak już powiedziano — dosyć duża. Wynosi ona u 165 chorych — 767 porodów i poronień w ciągu łącznie 1574 lat, czyli na jedną kobietę przypada 4,5 porodów i poronień, a występowały one przeciętnie co 2,1 roku, Są to stosunki odpowiadające przeciętnym na wsi, również dane dotyczące Żydówek są w tych samych granicach.

W przeważającej większości przypadków (około 73%) stwierdza się występowanie mniej lub więcej wybitnie zaznaczonego całego zespołu (Tętnienie i bolesność wzdłuż przebiegu tętnicy brzusznej, Tyłozgięcie, Tarczyca powiększona i objawy jej nadczynności). W około 13% przypadków nie stwierdza się powiększenia tarczycy ani objawów jej nadczynności, w około 7% przypadków nie stwierdza się tyłozgięcia, wreszcie pozostałe około 7% przypada na postaci poronne, w których występuje tylko tętnienie i bolesność oraz wiadome skargi subjektywne.

Mniej więcej w połowie przypadków powłoki brzuszne są wiotkie i stwierdza się mniej lub więcej rozległe opadnięcia trzew. W pozostałych przypadkach stan powłok jest dobry, lub też mierny, jednak bez objawów splanchnoptozy.

Dość duży odsetek kobiet z zespołem w grupie Polek z miasta tłumaczy się dużą ilością półchłopek, które, zamieszkując w mieście, chodzą jednak do roboty w polu i prowadzą pół-chłopski tryb życia.

Mały odsetek cierpień t. zw. kobiecych tłumaczy się tem, że nie zajmuję się zasadniczo położnictwem ani ginekologją (w mieście praktykuje akuszer-ginekolog). Z tego samego względu wydaje mi się, że wyżej podany odsetek chorych z zespołem „3T“ (38,5% ogólnej ilości zgłaszających się chłopek) nie jest zbyt wysoki, bowiem zgłaszają się do mnie przeważnie te chore, które nie podejrzewają związku swojej choroby z narządem rodnym.

Jak wiadomo, retrofleksja należy do często spotykanych chorób kobiecych. *Rob. Schröder* podaje za *E. v. Teutem* odsetek retrofleksyj na 5% materjału kobiecego polikliniki ogólnej i 16% polikliniki kobiecej (materjał miejski z Leyden). Analogicznie przedstawiają się dane statystyczne innych autorów, cytowane np. przez *Pozzi'ego*. Również wg. materjału miejskiego mego Ojca, którym rozporządzam, na 1745 przypadków położniczo-ginekologicznych tyłozgięć i tyłopochyleń było 87, t. zn. 5%. To porównanie częstości występowania tyłopochyleń i zgięć na materjale miejskim z mojemi danemi, podkreśla raz jeszcze olbrzymią częstość występowania zespołu „3T“ u chłopek. Oto dlaczego uważam ten zespół za najczęstszą chorobę chłopki polskiej.

Pozostaje do omówienia kwestja rokowania, przebiegu i leczenia, przyczem rokowanie zależy w znacznej mierze od skuteczności leczenia. Przypadki nieleczone mają, jak się zdaje, przebieg okresowy,

t. zn. okresami objawy nasilają się aż do gwałtownych i groźnych subjektywnie ataków, okresami też łagodnieją. Ciąża w pierwszych 3-ch miesiącach pogarsza stan subjektywny; w dalszym przebiegu ciąży objawy, jak się zdaje, łagodnieją, aby w 1 — 2 tygodnie po porodzie wybuchnąć ze zdwojoną siłą. Pewne znaczenie subjektywnie ujemne ma również coitus interruptus, masowo uprawiany na wsi; dotyczy to zwłaszcza kobiet mało- i bezdzietnych.

Leczenie przyczynowe wymagałoby, rzecz jasna, uwolnienia chłopki od nadmiernej pracy, która nad nią ciąży, co skolei wiąże się z zagadnieniem przebudowy struktury społecznej i gospodarczej wsi. W danych warunkach rady lekarza dotyczące powstrzymania się od ciężkiej pracy, (zwłaszcza chyłkiem) i od dźwigania ciężarów należą do kategorji niewykonalnych. Leczenie objawowe polega w przypadkach z tyłozgięciem na odprowadzeniu macicy, co zwykle udaje się łatwo, i założeniu odpowiedniego krążka. Zwykle najchętniej używam krążka *Fritscha*, dosyć wysokich NN. (90 i 95), rzadziej *Hodge'go* lub saneczkowego *Schultze'go*. Skutek po odprowadzeniu jest natychmiastowy, b. efektowny, chora odczuwa znaczną ulgę, jednak inne objawy objektywne zespołu, jak objawy nadczynności tarczycy i tętnienie tętnicy brzusznej nie ustępują, (bolesność tętnicy brzusznej zmniejsza się b. znacznie), co również przemiawiałoby przeciwko uznaniu całego zespołu za objaw odruchowy retrofleksji.

Dalsza obserwacja chorych z zespołem, u których uzyskano całkowite odprowadzenie, wykazuje b. znaczną niekiedy poprawę subjektywną i trwanie objawów objektywnych. W innych przypadkach uzyskane wyniki są znikome, a zwłaszcza krótkotrwałe. Dotyczy to zarówno chorych z odprowadzeniem całkowitem, jak i tych, u których odprowadzenie trwałe się nie udało. Również u kilku pacjentek operowanych spowodu tyłozgięcia przed kilku miesiącami, wzgl. laty stwierdziłem w dalszym ciągu objawy zespołu (tętnienie i bolesność, objawy tarczycowe). Niekiedy — zwłaszcza przy wiotkich powłokach i obwisłym brzuchu — dobre usługi oddaje szeroki pas brzuszny, dobrze podwiązany.

W przypadkach, w których dominuje bolesność i tętnienie tętnicy brzusznej, a brak zmian w położeniu narządów rodnych, wzgl. odprowadzenie nie zmniejsza objawów subjektywnych, dobrze działa genezeryna we wstrzykiwaniach (à 0,002), jest to jednak preparat b. drogi. Podobny efekt daje wstrzyknięcie ezeryny w dawce po ¼ do ½ mgr. Stosowałem również z niezłym wynikiem ezerynę w rozczynie wodnym (0,01 — 0,02 na 10,0) per os w kroplach od 5 — 20, przed jedzeniem, 2 — 3 razy dziennie wzgl. w rozczynie wodno-glicerynowo-alkoholowym (eserini salicylici 0,01, glycerini 3,5, aq. dest. 1,5, spiritus concentr. ad 10,0) wg. formułki *F. Moutier.*

W tych samych przypadkach, zwłaszcza z przyśpieszoną akcją serca, doraźną ulgę sprawia niekiedy wywołanie odruchu okosercowego.

Teoretycznie wydaje się uzasadniona próba stosowania aceceliny, jednak, ze względu na wygórowaną cenę, nie mogłem jej zalecać.

Pozatem stosuje się zwykłe leki uspakajające układ nerwowy, wzmacniające i t. p.

***

Na zakończenie powyższych uwag chciałbym zaznaczyć, że nie mogąc czynić poszukiwań źródłowych — obawiam się, żeby to, co napisałem nie okazało się wywalaniem drzwi otwartych, powtarzaniem rzeczy znanych oddawna. Jednak w dostępnej mi literaturze podręcznikowej nie znalazłem tego, co niniejsza praca zawiera i co wydaje mi się dość ważnem ze względu na masowy charakter opisywanego zespołu. Chodzi przedewszystkiem o:

1) *stwierdzenie masowego występowania u chłopek swoistego zespołu składającego się z 3-ch zasadniczych czynników („3T"): tętnienia i bolesność tętnicy brzusznej, tyłozgięcia macicy, powiększenia tarczycy i jej nadczynności;*
2) *wykrycie wysoce charakterystycznego i łatwego do stwierdzenia objawu (tętnienie t. brzusznej) umożliwiającego w danych warunkach nawet lekarzowi-interniście zapodejrzenie a priori istnienia zmian w położeniu macicy;*
3) *wykazanie wpływu układu wegetatywnego w omawianym zespole i jego znaczenia w powstawaniu opisanych objawów (tętnienie i bolesność tętnicy brzusznej oraz tarczyca i*

jej nadczynność) i częściowe uniezależnienie tych objawów od tyłozgięcia;

4) Podkreślenie roli pracy w powstawaniu opisywanego zespołu.

Gdyby się okazało, że spostrzeżone przezemnie fakty i wyciągnięte z nich wnioski są słuszne, poruszone zagadnienie zasługiwałoby na uwagę świata lekarskiego.

PIŚMIENNICTWO.

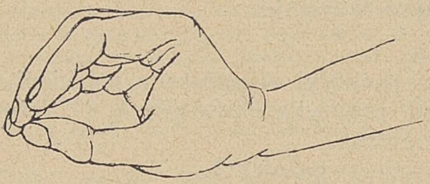
1. *Beck, Gromadzki, Lorentowicz, Miller.* — Położnictwo i choroby kobiece, 1933. 2. *Fritsch.* — Die Krankheiten der Frauen, wydanie X. 3. *Hofmeier-Schröeder.* — Handbuch der Frauenkrankheiten, 1921. 4. *Jaboulay.* — Cyt. wg. *Laignel-Lavastine'a.* 5. *Krantz.* — Diagnose u. Therapie d. nervösen Frauenkrankheiten infolge gestörter Mechanik der Sexualorgane, 1899. 6. *Laignel-Lavastine.* — Pathologie du Sympatique, 1924. 7. *Orłowski.* — Djagnostyka chorób wewnętrznych, 1926. 8. *Orłowski.* — Choroby gruczołów dokrewnych, 1926. 9. *Pozzi.* — Ginekologja, 1907. 10. *Rosnar.* — Ginekologja, 1924. 11. *Schröder Robert.* — Lehrbuch d. Gynäkologie, 1922. 12. *Teutem.* — Cyt. wg. *R. Schrödera.* 13. *Windscheid.* — Neuropathologie u. Gynäkologie, wyd. ros. 1898.

O czynnościowem ustawieniu ręki.

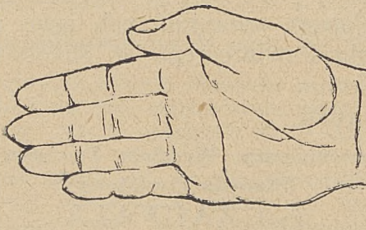
podał

Dr. med. ALEKSANDER FOKSZAŃSKI
Łódź.

O ile w poprzednich uwagach (Now. Społ. 15.VII. r. b.) mówiliśmy o profilaktycznym sposobie zmniejszenia inwalidności, o tyle tym razem pragnęlibyśmy pokrótce omówić pewien sposób leczniczy, mało stosowany dotychczas, o ile nam wiadomo, w polskiej praktyce chirurgicznej. Dotyczy on, palącej w państwie pracy, kwestji kalectw ręki i palców. Idzie nam o t. zw. „czynnościowe ustawienie ręki", polegające na tem, że zesztywniała po wypadku ręka otrzymuje pozycję, w której najdogodniej jej jest, mimo znieruchomienia kontynuować swą rolę dźwigu i być zdatną do jaknajwiększej wydajności przy tem kalectwie. Pozycję tę otrzymuje się przez odgięcie nadgarstka pod kątem 60° i zgięcie wszystkich palców pod tym samym kątem, kciuk naprzeciw trzeciego palca w pozycji przywodzenia. Ten ortopedyczny raczej, niż chirurgiczny zabieg sprawia, że palce i dłoń nie tworzą płaszczyzny, t. j. pozycji sprzecznej z najprymitywniejszem przeznaczeniem ręki, a przeciwnie pozwalają jej nie rezygnować z szeregu czynności.



Czynnościowe ustawienie ręki.



Wadliwe ustawienie ręki.

Doniosłość skutków tej napozór nieznacznej inowacji nie odrazu została dostrzeżona przez chirurgów. Dopiero od 25 mniej więcej lat kwestja ta zostaje opracowana naukowo. Badania prowadzone były głównie przez wyspecjalizowanych w schorzeniach rąk lekarzy amerykańskich, którzy jak *Kanavel* i *Sterling Bunnel* zdobyli w tej dziedzinie cenne doświadczenie i ujęli je metodycznie. W Europie znalazły te badania oddźwięk w literaturze medycznej francuskiej. Prof. *Lenormant* w przedmowie do książki *M. Iselin'a:* „Plaies et maladies infectieuses des mains, — powiada:

„Pojęciem zasadniczem, które zawsze winien mieć na względzie ten, kto leczy uszkodzenia ręki, jest ustawienie czynnościowe" (la position de fonction)... Tak samo, jak przy leczeniu schorzeń stawowych ma się ciągle na względzie, że możliwem zakończeniem choroby jest ankyloza i wobec tego układa się kończynę w położeniu najbardziej dogodnem (np. staw łokciowy pod kątem prostym), tak samo w wypadku rany czy infekcji nie należy zapominać, że palec lub ręka, według wszelkiego prawdopodobieństwa pozostanie mniej lub więcej zesztywniała i starać się, cokolwiekby się czyniło z innych względów, unieruchomić ten sztywny palec lub rękę w takiem położeniu, któreby pozwalało na maksimum czynności".

Warto dodać, że metoda ta posiada jeszcze jedną zaletę, którą jest jej zachowawczość: palec w ankylozie, o ile jest zgięty, nie wpływa ujemnie na czynności pozostałych palców, palec wyprostowany zaś zawadza raczej niż pomaga, stąd — często wskazana jest amputacja.

Używając tej metody („czyn. ust") od kilku lat w ambulatorjum chirurgicznem Ubezpieczalni Społecznej, mogę dorzucić, że ustawienie to należy stosować nietylko w przypadkach, w których przewiduje się ankylozę, ale również przy każdorazowem długotrwałem leczeniu schorzeń ręki, któ-

ra ustawiana „czynnościowo“ znacznie szybciej wraca do normy.

Aby uwydatnić wagę społeczną tego sposobu leczenia nie możemy, niestety, posługiwać się danemi statystycznemi, gdyż „czyn. ust. ręki“ nie było dotychczas stosowane masowo; możemy jednak tego łatwo dowieść, nie posługując się liczbami szczegółowemi; wystarczy przyjąć, że

1) na ogólną ilość wypadków przy pracy inwalidów ręki przypada przeszło 50% (wg. Dr. *Walliman'a:* „Panaris et accidents de travail“ — 64)“;

2) „czyn. ust. ręki“ zmniejsza indywidualnie inwalidność conajmniej o 25% (wystarczy porównać możliwości ręki o palcach sztywnych, wyprostowanych, a ręki o palcach odpowiednio zgiętych).

Na tych dwuch przesłankach opieramy oczywisty wniosek (zważywszy nawet, że nie przy każdem uszkodzeniu ręki da się zastosować omawiany sposób leczenia): sumy, wypłacane inwalidom ręki stanowią lwią część rent inwalidzkich; „czyn. ust.“, zmniejszając o 25% inwalidność, zmniejsza o ten sam odsetek miljonowy wydatek społeczeństwa.

Realizacja tej wielkiej oszczędności wydaje się prosta. Idzie jedynie o to, aby „czyn. ust.“ stosowane było przez ogół lekarzy-specjalistów. W tem miejscu dotykamy sedna sprawy. „Poser le problème c'est le resoudre“ — mówią francuzi. W danym wypadku jednak samo omówienie problemu nie wystarcza. Nie do wszystkich lekarzy dotrze ewentualna propaganda nowego u nas systemu leczenia. I jak przeprowadzić kontrolę?

Naszem zdaniem, należałoby wyodrębnić schorzenia rąk z ogólnego działu chirurgji, a stworzoną w ten sposób oddzielną grupą chorych zająć się jaknajstaranniej, gdyż — jak to wykazaliśmy na przykładzie „czyn. ust.“, wszelkie reformy w kierunku podniesienia leczenia rąk, opłacają się społeczeństwu wielokrotnie i zdejmują zeń część ciężaru rent inwalidzkich.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Badanie ergotermomanometryczne, jako nowy sposób rozpoznawania gruźlicy płuc. (L'exploration ergothermomanométrique comme nouveau mode d'investigation dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire). Henryk Elster.

Presse Medicale. Nr. 28, 1935.

Autor tej metody Parodi wychodził z założenia, że wszelkim stanom zapalnym towarzyszy podwyższenie ciepłoty ogólnej, a przedewszystkiem ciepłoty chorego narządu. W przebiegu gruźlicy płuc widzi się jednak nieraz, że ciepłota cała utrzymuje się w granicach prawidłowych, Parodi przypuszczał, że ciepłota płuca chorego powinna być wyższą od ciepłoty zdrowego narządu, że wobec tego, porównując ciepłotę w opłucnej zdrowego i chorego płuca można będzie, na podstawie określonych wahań ciepłoty, znaleźć bardzo czuły sposób rozpoznawczy i prognostyczny, szczególnie dla nieznacznych zmian płuca, nie dostępnych innym metodom badania. Bardzo liczne badania ciepłoty w opłucnej płuc zdrowych wykazały, że ciepłota ich waha się od 36 — 37,3, jeżeli ciepłota ciała podnosi się, podnosi się i ciepłota w opłucnej. Wbrew oczekiwaniom pokazało się, że po stronie chorego płuca ciepłota w opłucnej jest niższa niż po stronie zdrowego, prawdopodobnie dlatego, że procesy utleniające w tem płucu są zmniejszone proporcjonalnie do rozmiaru patologicznie zmienionej tkanki płucnej. Ciepłota w opłucnej jest tem mniejsza, im mniejsze jest krążenie w płucu chorem, im bardziej jest zmniejszona powierzchnia pęcherzyków płucnych. Metoda ergotermomanometryczna posiada nietylko znaczenie rozpoznawcze, ale daje także wskazówki w sprawie rokowania. Jeżeli powtarzające się badania wykazują, że ciepłota w opłucnej opada przemawia to za rozszerzaniem się procesu chorobowego, jeżeli się podnosi odwrotnie za poprawą.

Autor podaje opis aparatu służącego do zmierzenia ciepłoty wewnątrz opłucnej, poza tem omawia na przykładach różnych chorych znaczenie wahań ciepłoty wewnątrzopłucnowej.

Serce chorych z cierpieniem Basedowa. (Le coeur des basedowiens). Marcel Labbé.

Archives des maladies du coeur. Nr. 12, 1935.

Najwybitniejszym objawem sercowym choroby Basedowa jest częstoskurcz serca, zmienny, wahający się w granicach 90 — 130, a nawet podnoszący się jeszcze wyżej. Przyspieszenie czynności serca jest naogół równoległe do podwyższenia podstawowej przemiany materji, jednak czasami zbyt duże przyspieszenie częstości tętna nie odpowiada nieznacznie powiększonej przemianie. Przyspieszenie czynności serca powiększa się przy przejściu z pozycji leżącej do siedzącej, przy wzruszeniach i wysiłku. Czasami częstoskurcz występuje jakby w postaci napadów, których jednak nie należy identyfikować z częstoskurczem napadowym, ten ostatni, choć może występować w przebiegu choroby Basedowa, nie należy jednak do jego typowych objawów, natomiast napady nagłego przyspieszenia częstości tętna są wyrazem dalszego rozwoju i pogarszania się choroby Basedowa. Zaburzenia rytmu, występujące w postaci skurczów dodatkowych, są częstym towarzyszem choroby Basedowa, występują one częściej jako skurcze dodatkowe komorowe, niż przedsionkowe — jest to objaw bardzo uporczywy. Bardzo charakterystycznym objawem jest migotanie przedsionków, które jednak częściej, niż w innych stanach chorobowych ma charakter przejściowy, natomiast ustępuje mniej łatwo pod wpływem leczenia naparstnicowego, niż w innych cierpieniach, znika zaś zwykle po zabiegu chirurgicznym. Zupełna niemiarowość tętna spowodowana różnemi mechanizmami jest dość częsta w przebiegu choroby Basedowa. W krzywej elektrokardiograficznej tych chorych spotyka się nieraz powiększenie wzniesienia P, może jako wyraz przerostu przedsionka, podobnie jak przy zwężeniu lewego ujścia żylnego; w ten sposób byłaby wytłomaczona właściwa obu cierpieniom skłonność do migotania przedsionków. Powiększenie wzgórka P nie jest objawem stałym. Zondek przypisuje wielkie znaczenie powiększeniu wzgórka T, uważa on to za pierwszy objaw thyreotoxicozy, idący w parze ze stopniem powiększenia podstawowej przemiany materji; w przebiegu obrzęku śluzakowatego wzgórek ten ma być obniżony albo zniesiony. Z badań elektrokardiograficznych wywnioskowano również, że skurcz serca jest względnie przedłużony w stosunku do rozkurczu, z czego wynika, że okres wypoczynku serca jest skrócony, co pociągać za sobą może znużenie serca, a nawet jego niedomogę. Przy osłuchiwaniu często się słyszy szmery, najczęściej szmer skurczowy nad koniuszkiem, będący wyrazem czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej, rzadsze są szmery rozkurczowe, słyszalne u podstawy serca, nasuwające myśl o niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, wreszcie czasami pierwszy ton bardzo mocny i drugi rozdwojony robią wrażenie zwężenia lewego ujścia żylnego. Nie spotyka się jednak w tych przypadkach rozszerzenia lewego przedsionka, natomiast często przerost i rozszerzenie lewej lub nawet prawej połowy serca, czasami zaś jednej i drugiej, przyczem częstsze ma być rozszerzenie, niż przerosty. Zagadnienie powstania nadciśnienia łącznie z nadczynnością tarczycy jest dotychczas nieustalone. Autor znalazł w 12 przypadkach choroby Basedowa ciśnienie prawidłowe, w sześciu nizkie, w 10 podwyższone. Według autora nadciśnienie nie jest zależne od nadczynności tarczycy, gdyż u dwóch chorych, u których leczenie jodem i promieniami X usunęło

kliniczne i czynnościowe objawy nadczynności — nadciśnienie pozostało niezmienione. Autorzy amerykańscy zwrócili szczególnie uwagę na stosunek, zachodzący między podstawową przemianą materji, a t. zw. ciśnieniem tętna, t. j. różnicą między ciśnieniem skurczowem a rozkurczowem. Według spostrzeżeń autora i jego uczniów ciśnienie tętna bywa wprawdzie nieraz powiększone, jednakże nie pozwala to jeszcze na wyciąganie wniosków co do zachowania się podstawowej przemiany materji. Objętość minutowa serca bywa również powiększona. W przeciwieństwie do ludzi normalnych, u których objętość minutowa serca powiększa się po większem zużyciu tlenu, u chorych z nadczynnością tarczycy nie stwierdza się tego, podobnie zresztą jak i u ludzi zdrowych, ale obarczonych nadmierną pracą. Dowodzi to, że praca serca tych chorych nawet w spokoju dochodzi do maksymalnego natężenia. Pozatem u ludzi zdrowych objętość minutowa serca stoi głównie w związku z objętością każdnego skurczu, u chorych z nadczynnością tarczycy znajduje się ona w zależności od częstości skurczów. Pomimo nadmiernej pracy serca efekt jej jest mniejszy, niż u ludzi zdrowych, odnosi się to zresztą i do pracy mięśniowej tych chorych, których ustrój dla wykonania każdego ruchu wymaga znacznie większej liczby ciepłostek, niż u ludzi zdrowych. Ilość krwi ma być według Zondeka powiększona. Zaburzenia czynności serca występują częściej w przebiegu gruczolaka złośliwego, prawdopodobnie dlatego, że ten ostatni występuje częściej u ludzi starszych, niż pierwotna choroba Basedowa. Są to osoby, które z powodu przebytych chorób np. ostrego gośćca lub z powodu miażdżycy mogą mieć tak wady serca, jak i zmiany naczyniowe,

Ciężkie zaburzenia sercowe występują nieraz u chorych po tyroidektomji, nieraz nawet po lżejszych zabiegach operacyjnych tarczycy, ale są one częstsze w ciężkich postaciach choroby Basedowa, niż w postaciach lżejszych, choć mogą występować i w tych ostatnich. Możność wystąpienia powikłań sercowych jest stałą groźbą zawieszoną nad głową tych chorych, ona to wymaga, by choroba Basedowa była leczona systematycznie aż do zupełnego wyleczenia. Rozpoznanie zaburzeń sercowych choroby Basedowa jest naogół łatwe, jednakże bywają przypadki, w których objawy sercowe wysuwają się tak dalece na pierwszy plan, że może to doprowadzić do zapoznania istoty choroby i prawdziwa przyczyna objawów sercowych pozostanie ukrytą. Z tego też względu należy myśleć o chorobie Basedowa we wszystkich przypadkach, w których przyspieszenie częstości lub niemiarowość tętna nie są należycie uzasadnione zmianami serca i w tych wszystkich przypadkach należy zawsze określać podstawową przemianę materji. Rokowanie opisanych zaburzeń sercowych jest poważne, gdyż są one wyrazem grożącej chorym niedomogi serca. Pomimo to chorzy ci znoszą nieraz bardzo dobrze długotrwałe postaci niemiarowości, a nawet ta niemiarowość nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego.

Chirurdzy amerykańscy wykazali, że tyreoidektomia jest dobrze znoszona nietylko pomimo niemiarowości, ale nawet pomimo objawów niedomogi serca.

Dotychczasowe badania nie pozwoliły na określenie związku między zaburzeniami sercowemi a zmianami anatomicznemi serca chorych. Przypuszczano więc, że są to zaburzenia czynnościowe wywołane zatruciem thyroxiną, co zdają się potwierdzać niektóre doświadczenia wykonane na zwierzętach. Ponieważ u chorych tych stwierdzono ponadto stałe zaburzenia przemiany węglowodanowej, polegające na niemożności wytwarzania glikogenu w mięśniach szkieletowych i w mięśniu sercowym, przypuszczano, że zaburzenia sercowe spowodowane są właśine tą niemożnością serca zatrzymania glikogenu, miało to także tłomaczyć zły skurcz i zmęczenie serca oraz występowanie objawów niedomogi. Loeper zalecił z tego względu leczenie, polegające na spożywaniu dużych ilości glukozy z równoczesnem wstrzykiwaniem insuliny, chcąc w ten sposób ułatwić gromadzenie się glikogenu w sercu i wzmocnić skurcze serca. Dziś przeważa pogląd, że istotną i bezpośrednią przyczyną zaburzeń sercowych nie jest ani uszkodzenie anatomiczne, ani działanie thyroxiny na włókna sercowe, ale nadczynność tarczycy powodować ma zaburzenia równowagi układu N. współczulnego i układu nerwu błędnego, działając w ten sposób pośrednio na serce.

Zaburzenia sercowe osób z chorobą Basedowa są odporne na preparaty z grupy naparstnicy, które nie wpływają wyraźnie na migotanie przedsionków, zwalniając tylko nieznacznie tętno chorych. Równoczesne spożywanie glukozy połączone z wstrzykiwaniami insuliny ma dawać, choć niezawsze, lepsze wyniki.

Korzystne działanie chinidyny przy zaburzeniach rytmu serca nie zawsze jest stałe, natomiast chinidyna zastosowana po tyroidektomji ma wpływ doskonały. Eserina ma czasami działać korzystnie. Działanie ergotamin jest słabsze od działania jodu. Chcąc osiągnąć wyniki energiczniejsze i bardziej stałe, należy połączyć leczenie zaburzeń równowagi wegetatywnej z leczeniem nadczynności tarczycy, to znaczy stosowanie jodu, z leczeniem naświetlaniami i tyroidectomją. Leczenie promieniami X wpływa korzystnie na zaburzenia sercowe, leczenie chirurgiczne daje również doskonałe wyniki, tak np. przez niektórych autorów stwierdzono, że zaburzenia sercowe znikają w 95% po zabiegu chirurgicznym, bardzo często znika także całkowicie migotanie przedsionków. U chorych zas, u których zaburzenia rytmu nie ustępują po zabiegu chirurgicznym, znikają one po następczym podaniu chinidyny. Jednakże, jeżeli chinidyna ma wywrzeć wpływ leczniczy powinna być zastosowaną dość szybko po zabiegu, 3 — 6 dni po tyreidectomii, jeżeli się czeka dłużej, wyniki podawania chinidyny są mniej korzystne. Należy bezwzględnie o tem pamiętać, że zaburzenia sercowe nie są przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego.

O kilku próbach leczenia krwotoków płucnych. (Quelques tentatives thérapeutiques au sujet des hemoptysies). A. Ravina.

Presse Medicale. Nr. 7, 1935.

Stosowanie alkaloidów makowca szczególnie opium obok działania bezwzględnie dodatniego dzięki temu, że uspakaja chorych, że zmniejsza

duszność i odciąża płuca, może mieć wpływ niekorzystny, znosząc odruch kaszlowy i zapobiegając usuwaniu wydzieliny. Ułatwiać to może przenikanie krwi do najdrobniejszych oskrzelików i pęcherzyków płucnych i przyczyniać się tą drogą do rozszerzania procesu chorobowego. Środki zwężające naczynia mogą nieraz wywoływać ciężkie wstrząsy. Odma w czasie krwioplucia nie zawsze może być wykonana, autor zaznacza, że nie mógł osobiście się przekonać o jej korzystnem działaniu, tak zachwalanem przez innych badaczy. W roku 1933 przypadkowo w czasie wykonywania przez autora odmy sztucznej przy krwotoku płucnym powstała rozległa odma podskórna, równocześnie nagle ustało krwawienie płucne. Autor zastanowił się wtedy czy znaczne rozciągnięcie skóry w tym przypadku nie wywołało odruchu, wstrzymującego krwotok płucny. Inni autorzy wstrzykiwali w następstwie podskórnie tlen już z myślą leczniczą, otrzymując u znacznej ilości chorych wstrzymanie krwotoku. Tlen wstrzykuje się podskórnie w dolnych okolicach klatki piersiowej po stronie chorego płuca, naogół w ilości 300 — 600 cm^3. Jeżeli krwotok nie ustaje odrazu, można wstrzykiwania te powtarzać kilka dni z rzędu. Postępowanie to nie pociąga za sobą żadnych następstw ubocznych, chorzy uspakajają się nawet. Najgorsze wyniki otrzymuje się przy gruźlicy włóknistej, dalej przy ciężkich krwiopluciach u chorych charłaczych z daleko posuniętą gruźlicą. W ostatnich czasach zamiast wstrzykiwań tlenu zastosowano wstrzykiwania powietrza, jednakże działanie tych ostatnich, choć korzystne, nie było tak wyraźne, jak przy użyciu tlenu. Od trzech lat Ascoli zaleca zapuszczanie bezpośrednie do tchawicy rozczynu adrenaliny. Do tego samego celu używano także koagulenu, albo też połączenia 10 $cm.^3$ koagulenu i 0,001 adrenaliny. Zależnie od przypadku powtarza się ten zabieg co 12, 24 lub 48 godzin.

Zapuszczać można te rozczyny za pomocą strzykawki opatrzonej odpowiednio zagiętą rurką wprost do krtani, można też poprzedzać je znieczuleniem podniebienia i gardzieli przez rozpylanie perkainy (5/1000), poczem w położeniu leżącem chorego zapuszczać wolno rozczyn do podstawy języka. Działanie koagulenu lub tromboplastyny ma być szczególnie korzystne w ciężkich krwiopluciach odpornych na zwykłe sposoby leczenia, jednakże skuteczność i tej metody jest zmienna, zależna od przyczyny i wielkości ogniska krwioplucia. Stosowanie samej adrenaliny lub w połączeniu z innemi ciałami, zwiększającemi krzepliwość krwi, zalecana przez autorów włoskich jest krytykowana przez autorów angielskich. Morlock i Pinchin np. posługiwali się samą adrenaliną, którą wprowadzali albo za pomocą specjalnej sondy przez nos, albo też wstrzykując ją do tchawicy. Autorzy ci uważają, że działanie adrenaliny jest słabe z powodu rozcieńczenia krwią z ogniska krwotocznego, a ognisko krwawienia jest zbyt odległe, by można nań było działać bezpośrednio. Autorzy ci zalecają śródżylne wstrzykiwania czerwieni congo jako środka skutecznego, a pozbawionego całkowicie działania ujemnego. Z doświadczeń wiadomo, że czerwień congo zmienia czas krzepliwości, powiększa liczbę ciałek jednojądrzastych, płytek i ilość włóknika we krwi. Wstrzyknięcie powinno być wykonane dokładnie śródżylnie w ilości 10 $cm.^3$ 1% rozczynu, większych dawek należy unikać, gdyż mogą wywołać objawy zapaści.

Opadanie krwinek w zawale mięśnia sercowego. (La sedimentation globulaire dans l'infarctus du myocarde). B i c k e l, M o z e s, et S c i c l o u n o f f.
Archives des maladies du coeur. Nr. 2, 1935.

Charakterystycznemi cechami zawału mięśnia sercowego są, jak wiadomo, bóle bardzo silne o charakterze dusznicy bolesnej, połączone z objawami niewydolności krążenia i zmianami krzywych elektrokardiograficznych. Z objawów wtórnych, pozwalających odróżnić w ich następstwach zwyczajny atak dusznicy bolesnej od zawału mięśnia sercowego zwraca przedewszystkiem uwagę gorączka, wahająca się od 38 — 38,5, trwająca 8 — 10 dni po napadzie oraz leukocytoza, wykazująca wahania równoległe do wahań ciepłoty. Oba te objawy są niezależne od wtórnych powikłań zakaźnych i są prawdopodobnie wywołane wessaniem się ciał białkowych, powstających w miejscu zawału. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na trzeci objaw, na przyspieszenie opadania krwinek, które wprawdzie występuje nieco później od wspomnianych poprzednio zmian, ale zato trwa znacznie dłużej. Przyspieszenie opadania zjawia się dopiero około czwartego dnia po ataku, ma swe największe nasilenie mniej więcej dwa dni później, poczem zwolna ustępuje w ciągu następnych tygodni. Stopień przyspieszenia opadania jest zwykle bardzo duży (60 mm. po godz. a może dojść nawet do 100 mm.). Badania autorów wykazały, że w spostrzeganych przez nich przypadkach zawału mięśnia sercowego przyspieszeniu opadania krwinek towarzyszyło znaczne powiększenie fibrynogenu bez wyraźniejszych zmian globulinów we krwi. Przyspieszenie opadania krwinek ma w przebiegu zawału mięśnia sercowego wartość rozpoznawczą, rozpoznanie i odróżnienie tego stanu od objawów dusznicowych nie zawsze jest łatwe, gdyż atak bólu jest krótkotrwały i nie zawsze można wykonać badanie elektrokardiograficzne. Znacznie ważniejszą jeszcze jest wartość krzywej opadania w dalszym przebiegu cierpienia. Wygląd chorych, ich dobre samopoczucie nie jest wyrazem stanu mięśnia sercowego, zachowanie ciśnienia krwi może być wyrazem poprawy, jeżeli ciśnienie krwi, które nagle opadło w czasie ataku później się powoli podnosi, jeżeli ciśnienie pozostaje na niskim poziomie przemawia to za osłabieniem mięśnia sercowego. Według autora zachowanie się opadania krwinek jest najlepszym wyrazem ewolucji zawału mięśnia sercowego. Jeżeli niema żadnego powikłania zakaźnego, przyspieszenie opadania świadczy o tem, że produkty rozkładu tkanek z ogniska sercowego przedostają się do krwi i że nie doszło jeszcze do zabliźnienia chorej okolicy.

Rozważania nad znaczeniem całkowitego usunięcia tarczycy w cierpieniach sercowych. (Considerations sur la thyreidectomie totale dans le traitement des cardiopathies). R o d o l f o P u g l i e s e.
Presse Medicale. Nr. 27, 1935.

W ostatnich latach zwrócono w Anglji, w Ameryce, uwagę na znaczenie usunięcia tar-

czycy w niektórych cierpieniach narządu krążenia, szczególnie dusznicy bolesnej. U niektórych chorych sercowych np. z przewlekłą niewydolnością krążenia lub dusznicą bolesną całkowite usunięcie tarczycy zmniejsza podstawową przemianę materji, i w ten sposób stwarza równowagę między potrzebami przemiany materji a wydolnością krążenia. Dla osiągnięcia tego celu tarczyca powinna być w całości usunięta, w przeciwnym bowiem przypadku cel zabiegu nie zostaje osiągnięty. Jeżeli zabieg jest wykonany ostrożnie, bez uszkodzenia przytarczyczek, jest on dobrze znoszony i rzadko tylko powstaje konieczność podawania wyciągów tarczycy. Całkowite usunięcie tarczycy nie wywołuje ciężkich objawów wypadkowych, jak to tłomaczą niektórzy autorzy, prawdopodobnie tylko dlatego, że w ustroju takim istnieją dodatkowe nagromadzenia tkanki tarczycowej. Tłomaczenie to nie jest zadawalające, gdyż w tych przypadkach następuje zwykle przerost tkanki dodatkowej i ma się do czynienia z tarczycą częściowo obecną, co jest przeciwne celowi zabiegu.

Autorzy usunęli całkowicie tarczycę u 4 psów przyczem szczególnie starannie unikali uszkodzenia przytarczyczek.

Już w kilka dni po zabiegu zwierzęta czuły się doskonale, przytarczyczki były powiększone i w niektórych miejscach ich utkanie było bardziej podobne do tarczycy o charakterze choroby Basedowa, niż do tarczycy prawidłowej. Zmiana ta była tem wyraźniejsza, im później po zabiegu dokonano sekcji zwierząt. Przytarczyczki poza swą wydzieliną antagonistyczną w stosunku do tarczycy zdają się więc w pewnych przypadkach mieć zdolność zastępowania tarczycy w tych przypadkach, gdy jej zabraknie. Tem się także tłomaczy, że u chorych sercowych po usunięciu tarczycy bez uszkodzenia przytarczyczek mogą te ostatnie zastępować częściowo brakującą tarczycę.

E. Reicher.

CHIRURGJA.

Tętniak pourazowy tętnicy podkolanowej (Anévrisme poplité traumatique). M. G. P a n i s.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., Nr. 11, marzec, 1935.

Autor opisuje przypadek wyleczonego operacyjnie tętniaka tętnicy podkolanowej. Chory był zraniony przed 16 laty odłamkiem granatu w okolicę dołu podkolanowego. W 3 miesiące po zagojeniu zeszytej rany okazało się, że w jej okolicy powstał guz owalny, tętniący, ze stałym szmerem, nasilającym się przy skurczu serca, który znikał po uciśnięciu tętnicy udowej. Poniżej guza wahania oscylometryczne były zmniejszone. Rozpoznano tętniak tętniczo - żylny. Od czasu do czasu w chorej kończynie, która była zawsze nieco obrzękła, chory odczuwał bóle. Jednakże ostatnio bóle stały się silniejsze i trwałe ,tak, że chory nie mógł chodzić. Stan obecny, w 16 lat po wypadku: W dole podkolanowym widać guz półkulisty, wielkości połowy dużej pomarańczy, skóra nad nim zaczerwieniona, guz przy ucisku bolesny, tętnienia nie wyczuwa się. Kończyna znacznie obrzękła i chłodniejsza od kończyny zdrowej. Zdjęcie rentgenowskie wykazało w dole podkolanowym obecność odłamka metalowego, który poruszał się w takt tętna. Operacja polegała na wycięciu guza, po uprzedniem podwiązaniu naczyń poniżej i powyżej guza. Guz okazał się tętniakiem workowatym tętnicy podkolanowej, wypełnionym skrzepami. W świetle tętnicy, powyżej tętniaka znajdował się kawałek pocisku. Odcinek tętnicy bezpośrednio poniżej guza był całkowicie zarośnięty. Bezpośrednio po operacji, kończyna była chłodna i zasiniona. W ciągu następnych kilku tygodni wróciła całkowicie do normy. W okresie pooperacyjnym chory był leczony wstrzykiwaniami dożylnemi i podskórnemi acekoliny.

Autor zwraca uwagę na to, że po usunięciu części tętnicy podkolanowej krążenie uboczne, które przed operacją było niedostateczne — po operacji względnie szybko wyrównało się. Autor tłumaczy ten fakt nietyle usunięciem przeszkody mechanicznej w postaci guza, co wycięciem chorego odcinka tętnicy, będącego punktem wyjścia bodźców, które na drodze odruchowej powodowały skurcz naczyń obwodowych (wg. teorji Leriche'a).

Zapalenie pęcherza żółciowego pochodzenia toksycznego (Les cholécystites toxiques). N. F l i e s s i n g e r, U. A l b e a u x - F e r n e t.

La Presse Méd. Nr. 27, kwiecień, 1935.

Na powstawanie uszkodzeń toksycznych pęcherza żółciowego składają się następujące trzy czynniki: po pierwsze — wydzielanie jadów względnie składników chemicznych przez wątrobę do żółci; po drugie — zagęszczenie ich wraz z żółcią w pęcherzu; po trzecie — niezmierna kruchość nabłonka pęcherza żółciowego. Nabłonek ten w normalnych warunkach znajduje się stale w stanie odnowy — w pewnych miejscach złuszcza się, w innych odradza. Są to jedynie zmiany fizjologiczne, świadczące jednakże o jego kruchości.

Autorzy przeprowadzili badania doświadczalne na psach, wstrzykując im dożylnie: 1) tetrajodphenolphtaleinę, 2) sole złota, 3) eozynat cezu, 4) syntalinę, 5) czterochlorek węgla i 6) emulsję chloroformu w oliwie. Okres czasu od chwili wstrzyknięcia do przeprowadzenia badania sekcyjno - histologicznego pęcherza żółciowego był różny: od 7 dni (po zastrzyku złota) — do 3 miesięcy (po zastrzyku chloroformu). Ilość wstrzykniętego środka wahała się od dawek leczniczych do dawek trujących. Posiewy żółci — zawsze jałowe.

Zmiany histologiczne znajdowali autorzy i w pęcherzu żółciowym, i w wątrobie. Nabłonek pęcherza żółciowego przedstawiał 2 różne obrazy histologiczne: albo komórki rozpływały się, albo jądra i plazma kurczyły się, zostawiając wolne przestrzenie międzykomórkowe. Kosmówka była silnie obrzmiała, warstwa mięśniowa — również, surowicówka — zgrubiała. Naczynia — zawsze mocno rozszerzone i wypełnione czerwonemi ciałkami krwi.

Zmiany w wątrobie przedstawiały różny obraz histologiczny, w zależności od rodzaju zatrucia: po zastrzyku soli złota — komórki wątroby zanikały — tworzyły się dwie wolne przestrzenie między niemi, po tetrajodphenolphtaleinie — ulegały zwyrodnieniu tłuszczowemu. Tkanka łączna w przypadkach przewlekłych zatruć — ulegała przerostowi.

Oprócz tych badań doświadczalnych, autorzy mieli możność przeprowadzenia spostrzeżeń klinicznych u chorych: w 1 przypadku zatrucia czterochlorkiem węgla, w 4 przypadkach zatrucia preparatami barbiturowemi, w 1 przypadku — tetrajodphenolphtaleiną. Objawy kliniczne sprowadzały się typowo do następujących: nudności, wymioty, zaparcie stolca, bóle w podżebrzu prawem, promieniujące do ramienia i łopatki, nasilające się czasami do kryz bólowych. Żółtaczki nie spostrzegano; ciepłota ciała była normalna, w moczu — nieco urobiliny. Przedmiotowo stwierdzono: wątrobę powiększoną, bolesność uciskową w okolicy pęcherza żółciowego. Jeden z tych przypadków był operowany. Na operacji znaleziono znaczny obrzęk ściany pęcherza żółciowego.

Nawiązując do powyższych objawów po zatruciu produktami zewnątrzpochodnemi, autorzy przypuszczają również istnienie zapalenia pęcherza żółciowego, spowodowane jadami wewnątrz pochodnemi — w przypadkach zaburzeń jelitowych. Potwierdza to fakt, że często objawy zapalenia pęcherza żółciowego cofają się po wyleczeniu schorzeń kiszkowych.

Uwagi na temat całkowitego wycinania tarczycy w przebiegu niektórych schorzeń serca (Considérations sur la thyroidectomie totale dans le traitement des cardiopathies). R. Pugliese.

La Presse Méd. Nr. 27, kwiecień, 1935.

W ostatnich czasach lekarze Anglji i Ameryki w przypadkach pewnych schorzeń narządu krążenia, zwłaszcza dusznicy bolesnej i niedomogi mięśnia sercowego, usuwali całkowicie gruczoł tarczowy, z pozostawieniem tylko przytarczyc, w celu obniżenia stopnia przemiany materji i związanego z tem zapotrzebowania na tlen w organiźmie. Zwrócił tutaj uwagę autora fakt, że całkowite wycięcie tarczycy w tych przypadkach nie wywołało objawów wypadnięcia jej czynności.

Dla wyjaśnienia tej sprawy autor przeprowadził szereg doświadczeń na psach, którym usuwał operacyjnie całą tarczycę, z pozostawieniem jedynie przytarczyc. Objawów wypadnięcia u nich czynności tarczycy nie zauważył. Jedną partję psów zabijał po 7 tygodniach, drugą po 12 tygodniach od operacji, poczem badał histologicznie ich przytarczyce. Okazało się, że prawidłowa budowa przytarczyc, miejscami była zachowana, miejscami była zmieniona i przypominała utkanie tarczycy zwyrodniałej koloidowo, jak to się widzi w przypadkach choroby Basedowa. Zmiany te więcej były zaznaczone u psów zabijanych później. Na podstawie wyników tych badań, autor przypisuje brak objawów wypadnięcia czynności tarczycy w przypadkach całkowitego jej wycięcia u psów, przejęciu czynności tarczycy, przez pozostałe przytarczyce. Przez analogję, możnaby przyjąć tłumaczenie to również dla przypadków całkowitego wycięcia tarczycy u ludzi.

Dogodny sposób znieczulenia w przypadkach operacji na górnej szczęce (Le choix de l'anesthésie dans les opérations sur le maxillaire supérieur). Aubry.

La Presse Méd. Nr. 29, kwiecień, 1935.

Ze względu na niebezpieczeństwo powstawania zachłystowego zapalenia płuc w przypadkach operacji na górnej szczęce w znieczuleniu ogólnem, autor uważa tutaj znieczulenie miejscowe za metodę z wyboru. Znieczulenie przez nacieczenie novokainą tkanek okolicznych, zwykle jest niewystarczające; znieczulenie przewodowe nerwu szczęki górnej przez wstrzyknięcie płynu do zatoki skrzydłowatej, po pierwsze, jest trudne, po drugie daje później stany newralgiczne nerwu. Autor stosuje więc połączone znieczulenie przez nacieczenie tkanek okolicznych novokainą ze wstrzyknięciem novokainy do kanału podoczodołowego, przez który przechodzą końcowe gałązki nerwu szczęki górnej. Do wstrzykiwania używa igieł platynowych, jako mniej łamliwych. Ażeby trafić końcem igły do otworu podoczodołowego, należy ją wbić na 1 cm. poniżej środka dolnego brzegu oczodołu. Igłę wbija się albo poprzez skórę policzka, albo ze strony przedsionka jamy ustnej i wprowadza się ją do kanału na głębokość 5 - 10 mm. Wstrzykuje się 2% roztwór nowokainy w ilości2 - 3 cm^3, przyczem wstrzykiwać należy powoli, mniej więcej 1 cm na 1 minutę. Dowodem tego, że nie trafiono igłą do kanału i, że płyn nie dostał się doń, jest gromadzenie się go pod dolną powieką, która wówczas obrzmiewa.

Zalety leczenia zachowawczego złamań obu kości przedramienia. (Valeur du traitement orthopédique dans les fractures des deux os de l'avant-bras). Pervès, Badelon.

Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir., marzec 1935.

Autorzy porównują statystykę wyników leczenia złamań obu kości przedramienia metodą operacyjną szycia kości i metodą zachowawczą. Okazuję się, że metoda zachowawcza — nastawienie odłamów w znieczuleniu miejscowem, lub ogólnem i unieruchomienie kończyny w opatrunku gipsowym typu Hennequin - Loevy — daje lepsze wyniki, niż leczenie operacyjne. Pomijając niebezpieczeństwo zakażenia rany, zapalenia szpiku kostnego, uszkodzenia w czasie operacji nerwu promieniowego i t. p., leczenie operacyjne daje większą odsetkę stawów wrzekomych i innego rodzaju trwałych zaburzeń czynności kończyny, niż leczenie zachowawcze. Do tych samych wniosków dochodzi Boehler w swoich spostrzeżeniach. Uważa on, że szycie kości w przypadkach złamań obu kości przedramienia jest niecelowe, a nawet szkodliwe. Jedynie przypadki z dużem przemieszczeniem i obecnością wolnych odłamów kwalifikują się do zabiegu operacyjnego, który jednakże powinien być ograniczony do wbicia w każdy odłam — po nastawieniu — śrub, umocowanych następnie w gipsie, które to śruby uniemożliwiają ślizganie się następowe i przemieszczanie zestawionych odłamów.

Rozpoznawanie i leczenie kamicy moczowodowej. (Diagnostic et traitement des calculs de l'uretère). J. François.

Journal d'Urol. t. 39. Nr. 3, marzec 1935.

Obecność kamienia w moczowodzie daje czasami jedynie niewielkie bóle w okolicy lędźwiowej, czasami zaś daje całkowity obraz kolki nerkowej z ropomoczem i krwiomoczem. Rozpoznanie opiera się tu przedewszystkiem na zdjęciu

rentgenowskiem. Jednakże, wykazanie na zdjęciu cienia, odpowiadającego kamieniowi w okolicy moczowodu, jest niewystarczające. Należy stwierdzić, czy cień ten leży w świetle moczowodu. W tym celu robi się 2 zdjęcia moczowodu, do którego założono uprzednio cewnik kontrastujący, w pozycjach, będących do siebie pod kątem 90°. Jeśli na obu zdjęciach cewnik przytyka do cienia, jest to dowodem, że cień odpowiada kamieniowi moczowodowemu. Czasami jednak, czy to skutkiem zwężenia, czy zagięcia lub rozszerzenia moczowodu cewnik opiera się o jego ścianę i nie dochodzi do kamienia. Wówczas wpuszcza się przez cewnik płyn kontrastowy, który w przypadkach kamienia niezupełnie zatykającego moczowód, otacza go i przechdzi dalej, w przypadkach zaś kamienia, zatykającego zupełnie światło moczowodu, — tylko dochodzi doń. W sposób powyższy wykazać można również obecność kamieni, nie dających cieni na kliszy rentgenowskiej (przezroczystych dla promieni X).

Autor leczył kamicę moczowodową w następujący sposób. po stwierdzeniu obecności kamienia, pozostawiał cewnik w moczowodzie przez 48 godzin i przez ten czas wstrzykiwał do moczowodu glicerynę. Jeśli to nie spowodowało odejścia kamienia, rozszerzał moczowód specjalnem balonowatem rozszerzadłem. W przypadkach kamieni, tkwiących w ujściu moczowodu, usuwał je zapomocą specjalnych kleszczyków. Jeśli zaś kamień tkwił tuż powyżej ujścia, autor rozszerzał je i sprowadzał kamień zapomocą specjalnej sondy diatermicznej.

W przypadkach, w których zabiegi powyższe pozostawały bez wyniku, autor usuwał kamień zapomocą operacji z cięcia bądź to w okolicy lędźwiowej, bądź też na talerzu biodrowym. Kamienie, położone w dolnej części moczowodu, u kobiet, usuwał od strony pochwy. Jakkolwiek długotrwałe zatrzymanie moczu w nerce, jak wiadomo, wpływa na powstanie w niej dużych zmian zwyrodnieniowych, to jednak usunięcie nerki uważa autor za wskazane dopiero w tych przypadkach, gdzie zmiany zwyrodnieniowe są daleko posunięte, lub przyłączyło się do nich zakażenie nerki.

W powyższy sposób autor leczył 53 chorych, z których 16 — zachowawczo, 37 — operacyjnie. W większości przypadków — otrzymał wyleczenie trwałe. Śmiertelność pooperacyjna równała się — 0.

Jadwiga Czyżewska.

CHOROBY OCZU.

Starzenie się oka (La sénescence de l'oeil). A. Vogt.

Annales d'oculistique. T. CLXX, r. 1935. str. 106.

Przeciętna długość życia, zmienna w zależności od gatunku i rasy, posiada cechy przekazywane przez dziedziczność i zależy od właściwości idjoplazmy.

Zarówno w świecie zwierzęcym jak roślinnym koniec życia jest poprzedzony ukazaniem się oznak starości. Jednakże poszczególne organy mogą osiągnąć śmierć przedwczesną, kończąc swą działalność przed śmiercią organizmu jako całości (np. siwienie włosów, łysienie).

Niema narządu, któryby był w pełnym tego słowa znaczeniu oszczędzony, a więc skóra traci elastyczność, pojawiają się zmarszczki, kości stają się łamliwe; komórki mięśni, serca, wątroby, nerek, narządu oddechowego, ośrodkowego układu nerwowego wykazują zmiany starcze, jak również narządy zmysłów. Zestarzenie się organu, lub części jego, nie jest uwarunkowane absolutną ilością przeżytych lat, lecz wyłącznie przez idjoplazmę gatunku, rasy i osobnika. Idjoplazma jako taka określa długość życia osobnika, jego organów i części organów jak np. łuk starczy rogówki, zaćma starcza, zwyrodnienie starcze plamki żółtej siatkówki.

Powyższe zjawiska podlegają prawu dziedziczności, t. o. ma swe źródło w idjoplazmie.

Badanie właściwości dziedziczenia oznak starczych jest utrudnione, gdyż pojedyńczy badacz może naogół obserwować zaledwie jedno pokolenie.

Voegeli, uczeń autora, na podstawie badania oznak starczych przedniego odcinka oka u rodzeństwa, stwierdził, że nietylko cechy starcze, lecz również brak ich jest dziedziczny (np. zachowanie koloru włosów do późnej starości). Próby alchemików wynalezienia źródła młodości opierały się na tych samych błędnych przesłankach co w czasach obecnych doświadczenia Steinacha, przesłankach, mających za punkt wyjścia twierdzenie, że starość i śmierć fizjologiczna są wywołane przez czynniki zewnętrzne, pozażyciowe, jak np. ustanie wydzielania wewnętrznego gruczołów, lub wpływy toksyczne. Zjawiska życiowe (vitaux) pomieszano w tym wypadku ze zjawiskami czysto mechanicznemi.

Jeżeli jedno z rodziców osiwieje w wieku młodym, lub cierpi na przedwczesne wyłysienie, podobną wadę wykaże dziecko w tym samym co rodzice wieku — próżnem byłoby usiłowanie uniknięcia tego zjawiska.

Można wprawdzie barwić włosy, lub zakryć łysinę — jest to jednak leczenie objawowe a nie przyczynowe, podobnie, jak usunięcie zaćmy starczej i zamiana soczewki przez szkła okularowe.

Próby leczenia zaćmy starczej przy pomocy leków znane są oddawna.

W czasach organoterapji starano się zwalczać zaćmę starczą podawaniem doustnem soczewek zwierzęcych, wprowadzając brakujące substancje, które według pewnych teorji posiadały zdolności zapobiegania zaćmie.

Czasami wyniki takiego leczenia były pomyślne. lecz dlatego, jedynie, że ostrość wzroku ludzi z zaćmą jest b. zmienną również w przypadkach zupełnie nieleczonych.

Niektórzy autorowie ogłaszali statystyki zachowawczego leczenia zaćmy. Są one jednak, przynajmniej dotychczas, dobrym przykładem wadliwości statystyki, gdyż zaćmy zupełnie różne z punktu widzenia morfologicznego i prognozy były w statystykach tych pomieszane pomiędzy sobą, również oznaczanie ostrości wzroku nie stało na należytej wysokości.

Jeden pojedyńczy przypadek, obserwowany w ciągu szeregu lat przy pomocy lampy szczelinowej i rysunków może nauczyć więcej, niż powyższe statystyki.

Wychodząc z tych samych, co *Steinach* założeń, oraz uzupełniwszy je osobistemi badaniami,

A. Siegrist (Der graue Altersstar. Berlin 1928) zainaugurował nowy sposób leczenia zaćmy.

Według *Siegrista* zmętnienia soczewki jak również inne oznaki starości, są w znakomitej większości przypdków spowodowne niedomogą gruczołów wewnętrznego wydzielania.

Przygotował on „Euphakinę" — produkt gruczołów wewnętrznego wydzielania, który należy używać stale, jednak z przerwami.

Siegrist leczył i spostrzegał 33 zaćmy w ciągu 1½ do 3 lat. Wszyscy pacjenci mieli zaćmy wieńcowe, z jaśniejszemi szczelinami, oraz promienistemi zmętnieniami. Kiedy wstrzymano na pewien przeciąg czasu podawanie leku — zaćma powiększała się, zatrzymując się z chwilą ponownego przyjmowania leku.

Szczegóły obserwacji nie zostały ogłoszone. W czasie leczenia ostrość wzroku nie uległa zmianie. W jednym wypadku zaszło nagłe pogorszenie wzroku.

Jest rzeczą, zdaniem autora, dziwną, że *Siegrist* wybrał do swych doświadczeń rodzaj zaćmy, która sama przez się nie ma skłonności do powiększania się w ciągu szeregu lat i uniknął możności wystudjowania wpływu leku na zaćmę np. kopułowatą podtorebkową (cupuliforme subcapsulare), dość często spotykaną, która naogół odznacza się skłonnością do pogorszeń występujących nagle lub też po kilkumiesięcznej przerwie i która, ze względu na swe położenie, jest dostępna działaniu leku.

Zaćma głęboka niepostępująca, którą obserwował *Siegrist*, najmniej, zdaniem autora nadaje się do obserwacji.

Powyższe okoliczności, jak również nieznaczna ilość obserwowanych przypadków, zachwiały wywodami *Siegrista*.

Zresztą, abstrahując od powyższego, istnieje zasadnicza różnica, zarówno z punktu widzenia morfologicznego jak genetycznego między zmianami pochodzenia wewnątrzwydzielniczego i zmianami starczemi soczewki.

Zapewne, wpływy zewnętrzne mogą spowodować zjawiska podobne do zmian starczych, nie usprawiedliwia to jednak twierdzenia, że zmiany starcze w całości lub częściowo wykazują niedostateczność systemu wewnątrzwydzielniczego. Autor podkreśla arbitralność podobnego mniemania, jak np., że najpierw starzeją się gruczoły wewnętrznego wydzielania, a dopiero później inne narządy, jako skutek zmian wewnątrzwydzielniczych.

Jeśli teorja *Siegrista*, że starość jest w znacznym stopniu wywołana niedostatecznością gruczołów wewnętrznego wydzielania jest słuszną, należałoby przyjąć, że eufakina (lub inny podobny preparat wielogruczołowy) jednocześnie usuwa zmarszczki skóry, zapobiega łysieniu i siwieniu etc., jednem słowem działa przeciwko wszystkim zmianom starczym.

Jest dziwnem, że lekarze, którzy od dawna stosują preparaty wielogruczołowe, dotychczas nie stwierdzili podobnego działania.

Starzenie się nie jest sprawą mechaniczną, czy też chemiczną w rodzaju uszkodzenia przez zużycie, jak przypuszcza *Siegrist*, lecz sprawą witalną. Źródłem błędów w statystykach o leczeniu zaćmy jest metoda określania ostrości wzroku, bez wątpienia odgrywająca ważną rolę.

W oczach wykazujących zamglenie ośrodków łamiących ostrość wyroku zależy od całego szeregu zmiennych czynników. A więc przystosowanie przed i w czasie badania odgrywa wielką rolę, jak to wykazał w klinice autora *Morad*. (Über die Abhängigkeit der Sehschärfe bei Medientrübungen vom Adaptations Zustand, Zeitschrift für Augenheilkunde. Vol. LIX, 1926).

Szerokość źrenicy (uwarunkowana m. in. przez przystosowanie), położenie względne zamgleń i części przejrzystych soczewki, stosunek położenia tych części przejrzystych do źrenicy i tęczówki, łamliwość części przejrzystych soczewki (mogąca być b. zmienna w zaćmach, jak również w wypadku soczewki dwuogniskowej) wszystkie wyżej wyliczone warunki mają swój wpływ na ostrość wzroku, jak również ma wpływ stan psychiczny pacjenta, jego optymizm lub pesymizm.

Lekarz entuzjasta będzie zachwycony, jeśli pod wpływem leczenia ostrość wzroku poprawi się z 0,25 do 0,5; nie pamięta on jednak o fakcie oddawna znanym, że podobne wahania ostrości wzroku spotyka się bardzo często, a nawet z reguły w przypadkach zaćm *nie* leczonych.

Bardziej objektywnym sposobem jest, zdaniem autora, graficzne przedstawienie zmian zachodzących w soczewce, spostrzeganych przy pomocy lampy szczelinowej.

Zaćma starcza może, jak wykazały spostrzeżenia autora, pozostawać niezmienną, nie postępować w ciągu dziesiątka lat i dłużej. Podobnie się dzieje z innemi zmianami starczemi. Leki nie mają wpływu na postęp zaćmy. Zaćma naogół jest postępującą, lecz szybkość z jaką zmiany zaćmiowe postępują jest nadzwyczaj różną, czasami b. szybką, czasami zaś tak powolną, że osobnik dotknięty zaćmą, zachowuje dobrą ostrość wzroku do samej śmierci.

Systematyczne badania autora i jego współpracowników *Bartha* i *Horlachera*, soczewek (przy rozszerzonej źrenicy) osobników 60-letnich i starczych wykazały, że u 90% badanych stwierdzić można zmętnienie starcze — lecz zaledwie nikła ilość tych osobników miała zaćmę dostatecznie rozwiniętą, aby zachodziła potrzeba zabiegu operacyjnego i znakomita większość zmarła przed całkowitem zmętnieniem ich soczewek.

Możnaby zapytać: czemu zaćmy całkowitej, jeśli jest to zmiana starcza, nie spotykamy u wszystkich starców. Odpowiedź byłaby identyczną jak na pytanie, czemu istnieją starcy, którzy nie mają siwych włosów, lub całkowitej obwódki starczej rogówki.

Przyjmując jako przyczynę zaćmy starczej istnienie przyczyn zewnętrznych, winniśmy znaleźć takowe i dla wszystkich innych objawów starości.

Jest rzeczą pewną, że choroby mogą wywołać objawy kliniczne zupełnie podobne do objawów wywołanych przez rozwój starości. Siwienie włosów lub łysienie może być zarówno wywołane przez czynniki zewnętrzne jak i dziedziczność, należy jednak ściśle rozgraniczać powyższe przyczyny, tak dalece różniące się pomiędzy sobą.

Odnośnie do soczewki to biomikroskopja pozwala nam, lepiej niż poprzednio, stwierdzić różnicę morfologiczną pomiędzy zmianami starczemi (sensu stricto), i wywołanemi przez czynniki zewnętrzne.

Zaćma powstała na tle niedomogi gruczołów wydzielania wewnętrznego (niedomoga ta może z

kolei być dziedziczną), cukrzycy, zatruć, ciężkich schorzeń gałki ocznej, działania promieni pozaczerwonych etc., wykazuje w swem stadjum początkowem obraz różniący się wyraźnie od obrazu zaćmy starczej.

Jest poza wszelką wątpliwością, że nietylko zaćma wogóle, lecz również kształt i rodzaj zaćmy są dziedziczne. Dokładne przekazanie przez idjoplazmę cech powyższych, podobne do reakcji chemicznej, jest zjawiskiem jednem z najbardziej niezwykłych.

Zaćma wrzecionowata ojca pojawia się u syna znowu jako zaćma wrzecionowata. Zaćma pyłkowata środkowa przekazana dziedzicznie pozostaje zaćmą pyłkowatą środkową; zaćma zarodkowa osiowa przednia pozostaje zaćmą zarodkową osiową przednią; zaćma biegunowa przednia pozostaje zaćmą biegunową przednią; zaćma torebkowa — zaćmą torebkową; zaćma brunatna — zaćmą brunatną; zaćma wieńcowa przekazana dziedzicznie pozostaje zaćmą wieńcową.

Przykłady powyższe wystarczają, aby unicestwić hipotezy przyjmujące jako przyczynę różnorodnych form zaćmy czynnik szkodliwy zewnętrzny (poza idjoplazmą).

Powyższe nie wyczerpuje ilości schorzeń starczych oka.

Zarówno odcinek tylny jak i przedni oka w jednakowym stopniu jest narażony na zmiany starcze, których jednak nie można wytłumaczyć domniemaniami o istnieniu czynnika zewnętrznego. Zmiany starcze ciałka szklistego są bardziej jednostajne co tłomaczy się jego budową. Rusztowanie szklistki jest mniej lub więcej zniekształcone, włókienka grubieją w postaci kropek i mętów.

Zmianami starczemi i przedstarczemi siatkówki i naczyniówki są: zwyrodnienie plamki żółtej, zwyrodnienie siatkówkowo naczyniówkowe obwodowe z zagłębieniami torbielowatemi i przerostami barwikowemi odczynowemi, brodawkowatości błony szklistej naczyniówki, pozaplamkowa miażdżyca starcza naczyń naczyniówki, zanik naczyniówki dookoła tarczy nerwu wzrokowego. Twardówka starców staje się sztywną, nieustępliwą, co pociąga za sobą zapadnięcie się rogówki jako następstwo usunięcia soczewki.

Jeden jedyny organ daje tak wiele przykładów dla wykazania niesłuszności teorji tłomaczacych starość wpływami zewnętrznemi, jak np. niedomoga wydzielnicza gruczołów wewnętrznego wydzielania.

Zazwyczaj zalicza się do zmian starczych oka sklerozę soczewki powodującą starowzroczność osobników 45 — 50 letnich (z refrakcją miarową) i zmuszającą ich do posługiwania się okularami przy pracy.

Powyższe zjawisko w rzeczywistości zaczyna się już w młodości.

Dziecko 10 letnie ma szerokość nastawności mniejsze, niż dziecko w wieku 6 lat, co dowodzi, że skleroza zaczyna się już w tym wieku. Soczewka staje się coraz twardszą, szerokość nastawności zmniejsza się coraz bardziej, aż wkońcu znika całkowicie, co następuje w wieku 70 — 80 lat. Skleroza osiąga wtedy swe maximum, lecz nawet w tem stadjum kora soczewki jest bardziej miękka, niż jądro.

Przyczyna powyższego jest następująca. Soczewka jest pochodzenia ektodermalnego, mianowicie ze skóry. Komórki naskórka mnożą się aż do wieku jaknajbardziej późnego, komórki młode wyrastają z głębi. Podobne zjawisko obserwujemy we wzroście włosów i zębów.

Komórki wielu tkanek w starości zmieniają się; naskórek wykazuje stały wzrost i nieustającą produkcję młodych elementów. Podobne zjawisko obserwujemmy w soczewce pochodzącej z ektodermy. Przy pomocy lampy szczelinowej autor może dowieść, że włókna soczewkowe rozradzają się aż do najpóźniejszego wieku.

U osobników powyżej 70 lat, męty soczewkowe umiejscowione z początku pod samą torebką po upływie miesięcy zbliżają się coraz bardziej do głębi soczewki, będąc oddzielone od torebki przez młode włókienka. Dzięki temu nieustannemu wzrostowi, soczewka osiągnęłaby wielką objętość, jeśliby starcze włókna pośrodku organu nie ulegały sklerozie. Objętość soczewki jednak pozostaje niezmienna, natomiast soczewka sama twardnieje stopniowo coraz bardziej.

Starowzroczność zmuszająca nas do posługiwania się szkłami nie jest niczem innem jak wynikiem własności komórek pochodzenia epidermalnego rozrastania się w ciągu całego życia.

Niejednokrotnie zadawano sobie pytanie, czy zmiany starcze są zjawiskiem normalnem, czy też patologicznem.

Czy siwienie włosów w starości jest zjawiskiem patologicznem? Autor uważa, że nie, gdyż jeżeli u większości osobników 70 letnich spotykamy siwiznę, zjawisko to musi być dla danego wieku normalne. I jeśli 95% tych starców ma męty soczewkowe mniej lub więcej zaznaczone, nie jest to w tym wieku zjawiskiem tembardziej anormalnem.

Nazywamy coś normalnem — co jest u większości ludzi tego samego wieku zjawiskiem wspólnem.

Powyższe twierdzenie może jednak spowodować następującą wątpliwość. Czyżby posiadanie przez starca włosów czarnych i przejrzystych soczewek było sprawą patologiczną? Autor stanowczo przeciwstawia się podobnemu twierdzeniu. Wszystkie objawy starości są objawami biologicznemi, zarówno wczesnej jak późnej starości. Brak objawów starości nie jest ani anormalny, ani patologiczny, jest to raczej zmienność objawu biologicznego, której można było oczekiwać a priori.

Wywody autora wykazały niezależność dziedzicznych oznak starości. Nie ilość przeżytych lat tworzy starość, lecz stopień żywotności poszczególnych organów, żywotności uwarunkowanej dziedzicznością w idjoplaźmie.

Żaden organ nie jest uprzywilejowany w znaczeniu przeciwstarczej żywotności. Zagłada starcza organu nie jest niczem innem jak tylko objawem niedomogi tego organu w momencie kiedy czynności niezbędne do życia, w szczególności układ sercowo krwionośny, osiągnęły swe przeznaczenie, pozostające pod wpływem dziedziczności.

S. Topolski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Pobudzający wpływ kiły I, II i III okresu na powstanie nabłoniaka (Action activante ou déclenchante de la syphilis primo — secondaire et tertiaire sur l'épithélioma). H. Gougerot, P. Blum, Degos i Pham Hun-Chi.

Paris Medic. 1935 Nr. 9.

Znany jest od dawna częsty związek pomiędzy zaniedbaną, źle leczoną kiłą a powstawaniem nabłoniaków. Punktem wyjścia są wtenczas śluzówki a mianowicie, t. zw. leukoplazje, które z jednej strony są zwykle objawem późnej kiły z drugiej uważane bywają za wykwit „przedrakowy". Związek pomiędzy nabłoniakiem a kiłą III-go okresu jest dosyć rzadko spotykany. Autorzy opisują przypadek kilaka na żołędzi u 63-letniego mężczyzny. Pod wpływem leczenia bizmutem kilak początkowo ustępował, później jednak proces regresji zatrzymał się i wykwit utrzymywał się bez zmiany w postaci małego owrzodzenia powiększającego się, które przybierało coraz wyraźniejsze cechy nabłoniaka, potwierdzone następnie przez badanie histologiczne wycinka. Brak badania histologicznego — przed leczeniem nie pozwala w opisanym przypadku wykluczyć już pierwej istniejącego nabłoniaka, zamaskowanego procesem kiłowym. Mielibyśmy w takim razie do czynienia z pobudzającym do wzrostu działania kiły na nabłoniak.

O wiele rzadziej spotykamy się z pobudzającym wpływem kiły I i II do powstania nabłoniaka. Takim przykładem jest opisany przypadek kiły u kobiety. Typowe dwa owrzodzenia pierwotne na małej wardze sromowej, obfitujące w krętki blade, obok równocześnie istniejących lepieży sączących na udach, przekształciły się stopniowo w czasie leczenia bizmutem w nabłoniak (epithelioma mixtum), który bardzo szybko powiększając się doprowadził do znacznego zniszczenia warg sromowych mniejszych. Lepieże ustąpiły w tym samym czasie bardzo szybko. Leczenie nie mogło być w tym przypadku czynnikiem pobudzającym, gdyż chora nie otrzymywała ani jodu ani arsenu, a bizmut jest bez wpływu na wzrost nabłoniaka. Trudno w tym przypadku przypuścić obecność uprzednio istniejącego nabłoniaka, zamaskowanego owrzodzeniem pierwotnem. Przeczy temu obraz kliniczny mnogość i umiarowość wykwitów. Jedynie kiła mogła być w tym przypadku istotną przyczyną, pobudzającą do złośliwego rozrostu tkanki chorobowo zmienione.

Schorzenie grudkowo - przymieszkowe o wykwitach brodawkowatych i bliznowaciejących. Wyleczenie przy pomocy djety przeciwszkorbutowej. (Dermatose papulo - folliculaire et en placards papillomateux a marche serpigineuse et cicatricielle (groupe acne conglobata?). Guérison par un régime antiscorbutique). S. Nicolau.

Annales de Derm. et de Syphil. 1935, Nr. 1.

Przypadek opisany jest ciekawy ze względu na wielopostaciowość wykwitów, na trudności rozpoznawcze i podobieństwo do rzadko spotykanego schorzenia, jakim jest acne conglobata, wkońcu ze względu na związek, jaki zachodzi pomiędzy tem schorzeniem skórnem a awitaminozą C.

Mężczyzna lat 55 cierpi od czasu wojny na stopniowo rozwijające się schorzenie, które w chwili wstąpienia do szpitala, polegało na obecności 4-ch rodzajów wykwitów na skórze. Wykwity te stanowiły kolejne etapy rozwoju wykwitów pierwotnych. 1) Wykwity pierwotne były to grudki przymieszkowe, czerwono-brunatne, na ich szczycie znajdował się mały wysterczający rogowy czop lub łuseczka. Brak było rozszerzenia mieszków, brak wągrów, brak ropienia wśródmieszkowego i brak wogóle jakichkolwiek znamion łojotoku skóry. 2) Tarczki brodawkujące, nacieczone, dobrze ograniczone, otoczone zapalną otoczką, w części środkowej zapadnięte, na obwodzie pokryte łuskowatymi strupami, z pod których za uciskiem wydobywały się krople ropy (bromoderma). 3) Tarczki pełzakowato szerzące się, zbliznowaciałe, znacznie większe od poprzednich, nieregularne, na obwodzie przypominające syphilides serpigin. lub t. b. c. serpiginosa. Blizny powstawały jako następstwo śródmiąższowego stwardnienia, gdyż brak było owrzodzeń i ubytków. Blizny były powierzchowne, białe, pokryte żółtemi grudkami nieznacznie wyniosłemi. 4) Blizny ostateczne o silnie przebarwionej obwódce.

Wykwity tych 4-ch typów rozsiane były nieregularnie na całym tułowiu i kończynach. Badanie bakterjologiczne wykazało obecność banalnej flory, inne badania z wynikiem ujemnym. Chory był ogólnie osłabiony, blady, wychudzony.

Autor wyklucza kiłę ze względu na brak odczynów surowiczych, na zbyt rozległe uogólnienie, ze względu na powolny rozwój i brak wyników leczniczych po zastosowaniu bizmutu. Gruźlicę wykluczono z powodu zbytniego uogólnienia schorzenia i z braku typowych guziczków, grzybicę ze względu na ujemne posiewy, osutki po bromie i jodzie, ze względu na badanie moczu, które nie wykazuje żadnych śladów tych leków. Autor nie może określić czy ma do czynienia z acne conglobata czy też ze schorzeniem, podobnem do acne conglobata, jednostki chorobowej niedość jeszcze ściśle określonej o etjologji dotychczas nieznanej. Jak wynika jednak z analogji, przeprowadzonej pomiędzy przypadkiem opisanym a acne conglobata — podobieństwo jest dosyć wyraźne. Czynnikiem, który skierował myśl autora w kierunku, jak się dalej okaże, słusznym był typ wykwitu pierwotnego, mianowicie przymieszkowa grudka.

W czasie wielkich epidemji szkorbutu spostrzegano najczęściej na skórze wykwity typu przymieszkowych grudek. Brak innych objawów szkorbutu, głównie krwawienia z dziąseł nie wykluczał tej etjologji, gdyż często osobnicy o mało odpornej skórze reagują najpierw głównie, a niekiedy i wyłącznie wykwitami skórnymi na awitaminozę C. W przekonaniu, że był to przypadek awitaminozy C, tembardziej że chory bardzo niedostatecznie się odżywiał — zastosowano djetę obfitą w świeże jarzyny i sok z cytryn bez żadnego leczenia miejscowego. W 42 dni wszystkie wykwity skórne ustąpiły, a stan ogólny uległ znacznej poprawie.

Odczyn Wassermana w płynie mózgo - rdzeniowym u chorych, cierpiących na guzy układu nerwowego (La réaction de Wassermann dans le liquide céphalo - rachidien des malades atteints de tumeurs du névraxe). A. Sézary, J. Terrasse.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1935, Nr. 1.

Faktem jest niezaprzeczonym, że znajdujemy silnie dodatni odczyn Wassermanna w płynie móz-

go-rdzeniowym u niektórych osobników, cierpiących na guzy ośrodkowego układu nerwowego. Autor zebrał szereg takich przypadków z literatury i uzupełnił kilkoma własnemi spostrzeżeniami.

Na 32 takich przypadków równocześnie tylko w 4-ch był dodatni odczyn Wassermanna we krwi, w dwuch słabo dodatni. We wszystkich przypadkach zebranych wykluczono obecność kiły. Zachodzi pytanie, czy dodatnie odczyny w płynie mózgo-rdzeniowym u kiłowych nie zależą raczej od obecności guza niż od samego procesu kiłowego. Z innych zmian patologicznych w płynie znajdowano prawie zawsze silną hyperalbuminozę i obecność syndromu Frouin'a (coagulation massive). Ponadto znajdowano hyperleukocytozę i ksantochromję. Przeciw kile przemawiała w zebranych przypadkach duża ilość białka w płynach mózgo-rdzeniowych przy nieznacznych zmianach cytologicznych, następnie nasilające się bóle głowy i obecność tarczy zastoinowej — a przedewszystkiem zespół Frouin'a i oscylacje w badanych płynach, które niestety nie zawsze można było wykryć, gdyż częste nakłucia są w przypadkach guzów mózgu i rdzenia przeciwwskazane.

Powyższe spostrzeżenia potwierdzają znane zresztą zapatrywania, że odczyn Wassermana nie jest odczynem absolutnie specyficznym i zdaje się nie zależy od obecności ciał uczuleniowych, lecz od zachwiania równowagi koloidalnej badanego płynu, czyli jest oparty na obecności zjawisk fizyko-chemicznych.

Powyższe spostrzeżenia dotyczą w równej mierze odczynów kłaczkujących.

Pęknięcia środkowe wargi, a róża. Zespół kretkowo - paciorkowcowy. (Les fissures médianes de la lèvre et érysipèle ou association tre). S p i t- *Paris médic. 1935 Nr. 9.*

Trzy spostrzeżenia autorki dotyczą przypadków stale powtarzającego się pęknięcia wargi. Pęknięcie to jest momentem ułatwiającym wtargnięcie paciorkowców i powstanie ostrego stanu zapalnego całej wargi. Wtenczas obrzęk zniekształca niekiedy znacznie wargę, zaczerwienienie jest bardzo żywe, niekiedy ostro odgraniczone. Te objawy zapalne maskują niekiedy pęknięcie wargi. Rzecz szczególna — nigdy nie spotykamy takich objawów ogólnych ze strony organizmu, jak dreszcze, podniesienie ciepłoty i t. d. Po wielokrotnych nawrotach powstaje pewnego stopnia słoniowatość wargi. W okresie cofnięcia się objawów zapalnych widać w części środkowej wargi linijną delikatną blizenkę, która pęka przy każdym energiczniejszym ruchu ustami (śmiech — ziewanie...). Dziwnem jest, jak często lekarz-praktyk zadowala się stwierdzeniem nawrotowej róży (érysipèle récidivant) i nie usiłuje wcale odnaleźć istotnej przyczyny, która tkwi „na dnie" tego schorzenia. Taką przyczyną może być skaza limfatyczna, ale daleko częściej jest nią kiła. Gdy zbadamy dokładnie cierpiącego na to schorzenie, znajdziemy szereg znamion kiłowych, jak: wady uzębienia, przyrośnięcie płatka usznego, zmiany paznokci (erosio), powiększenie gruczołów chłonnych, nierówność źrenic, leukoplazję, dystrofję, zapalenie rogówek, poronienia, wymieranie dzieci, zwłaszcza na zapalenie opon i t. d. Wygląd samego pęknięcia nasunie nam również podejrzenie co do obecności kiły. Szczelina ta bywa głęboka, linijna, czysta, przypomina pęknięcia kiłowe dłoni i podeszew.

Leczenie przeciwkiłowe daje w tych przypadkach dobre wyniki, to znaczy usuwa bezpowrotnie pęknięcia. Miało to miejsce również i w trzech opisanych przez autorkę przypadkach.

Z. Jastrzębska.

KRONIKA

KONKURS.

Polski Związek Przeciwgruźliczy ogłasza konkurs na opracowanie:

INSTRUKCJI O SPOSOBACH ODKAŻANIA BIEŻĄCEGO I KOŃCOWEGO PRZY GRUŹLICY ZARAŹLIWEJ.

1) Instrukcja winna być opracowana przystępnie, z uwzględnieniem szczególnie odkażania mechanicznego pomieszczeń i przedmiotów i jaknajprostszego odkażania wydalin chorego.

2) Instrukcja winna nadawać się do jaknajszerszego rozpowszechnienia w postaci broszury, obejmującej nie więcej niż 16 stron druku formatu ósemki.

3) Termin składania prac konkursowych upływa z dniem 31 grudnia 1935 r.

4) Prace, pisane o ile to możliwe na maszynie, należy nadsyłać do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa, ul. Karowa 31).

5) Nadsyłane prace winny być zaopatrzone godłem. W kopertach, oprócz pracy, winna znajdować się druga koperta zamknięta, również opatrzona godłem, a zawierająca nazwisko autora danej pracy.

6) Prace będą rozpatrzone przez Komisję Naukowo-Lekarską Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

7) Za najlepsze prace będą udzielane nagrody: I-sza — 500 zł., II-ga — 300 zł., III-cia — 200 zł.

8) Prace nagrodzone stają się własnością Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

PROJEKT REORGANIZACJI — NA ZASADZIE WOLNEGO WYBORU LEKARZA — POMOCY LEKARSKIEJ WE WSZYSTKICH ORGANIZACJACH UPRAWIAJĄCYCH LECZNICTWO ZBIOROWE.

W poniedziałek, dnia 20 maja r. b. odbyło się w Związku Lekarzy P. P. posiedzenie Sekcji lekarzy-praktyków pod przewodnictwem D-ra med. Jana Czarneckiego, na którem przedstawiono projekt reorganizacji lecznictwa zbiorowego na za-

sadzie wolnego wyboru lekarza. Projekt ten przewiduje zniesienie dotychczasowego systemu, polegającego na leczeniu ubezpieczonych przez niewielką liczbę, zakontraktowanych jako stałych urzędników, lekarzy rejonowych, czy to ambulatoryjnych i zastąpienie go przez system, umożliwiający chorym dowolny wybór lekarza. Do wykonywania praktyki w organizacjach, uprawiających lecznictwo zbiorowe, będą uprawnieni wszyscy lekarze, którzy zadośćuczynią odpowiednim przepisom, opracowanym przez Ogólnolekarski Związek Zawodowy i zgodzą się przyjmować pacjentów w swoich gabinetach prywatnych na zasadzie umów ramowych, a uzgodnionych przez Związek Lekarski w porozumieniu z Organizacjami uprawiającemi lecznictwo zbiorowe. Niektóre z gmachów ubezpieczalni, w których mieściły się dotychczas scentralizowane ambulatorja, będą mogły być przekształcone na szpitale, których brak dotkliwie odczuwamy. Zreduktowane koszty administracji pozwolą na rozszerzenie zakresu racjonalnie pojętej pomocy lekarskiej, a stopniowo może nawet na zmniejszenie składek ubezpieczeniowych. XVI-e Walne Zebranie Związku Lekarzy P. P. w dniu 28 kwietnia uchwaliło konieczność wprowadzenia systemu wolnego wyboru lekarza, we wszystkich Organizacjach, uprawiających lecznictwo zbiorowe. Projekt reorganizacyjny, na zasadzie wyżej podanych wytycznych, jest obecnie szczegółowo opracowywany przez specjalną Komisję i zostanie w najbliższym czasie przedłożony czynnikom miarodajnym.

PIERWSZY KONGRES MIĘDZYNARODOWY TRANSFUZJI KRWI.

W czasie od 26 do 29 września 1935 r. zostanie zwołany w Rzymie, z inicjatywy „Associazione Volontari Italiani del Sangue“, 1-szy Międzynarodowy Kongres Transfuzji Krwi, w którym zgłosiły udział najwybitniejsze osobistości świata naukowego różnych Państw.

W większych Państwach zostały utworzone krajowe biura organizacyjne.

Wszelkich informacyj udziela Sekretarjat Kongresu w Medjolanie, via Palermo Nr. 1.

*

* *

Komisja Zarządu Głównego Tow. Internistów Polskich, przygotowująca Zjazd Towarzystwa w Łucku, który odbędzie się około 20 września 1935 r. przypomina, że przedmiot obrad stanowią następujące referaty główne:

I temat: Marskość wątroby.

Anatomja patologiczna: referenci Prof. Dr. L. Paszkiewicz i Dr. A. Pruszczyński.

Klinika: referent Prof. Dr. J. Grek.

II temat: Ropne sprawy płucne.

Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr. W. Nowicki.

Klinika: referent Doc. Dr. Z. Gorecki.

Chirurgja: referent Prof. Dr. T. Ostrowski.

Podając powyższe ponownie do wiadomości, komisja najuprzejmiej zaprasza do wzięcia udziału w Zjeździe. Tytuły referatów, dotyczące tematów głównych, oraz innych referatów lub pokazów prosimy nadsyłać wraz z nazwiskiem referentów i streszczeniem (5 — 10 linijek maszynopisu), uwydatniających zasadniczą treść przemówienia ,pod adresem sekretarza komisji, D-ra Wacława Grotta (Warszawa, ul. Wspólna 28), najpóźniej do dnia 20 lipca b. r. Przekroczenie tego terminu narazić może prelegenta na nieumieszczenie jego wykładu w programie Zjazdu, co według statutu odebrałoby mu możność wygłoszenia wykładu na Zjeździe.

Przewodnictwo Komitetu Miejscowego w Łucku objął Lekarz Wojewódzki p. Dr. Witold Habich (Łuck, Kolonja Urzędnicza), do którego należy kierować zgłoszenia udziału w Zjeździe, oraz wszelkie zapytania w sprawach mieszkaniowych, technicznych (projekcje, epidjaskopja i t. p.) i komunikacyjnych.

Spis referatów, dokładny program i inne szczegóły dotyczące Zjazdu zostaną przesłane (po uiszczeniu opłaty zjazdowej) zgłaszającym swój udział w początkach września b. r.

Prezydjum Zarządu Głównego T. I. P.

WALKA Z KALECTWEM OFIAR WYPADKÓW PRZY PRACY W NIEMCZECH.

W miejscowości Hochenlychen, niedaleko Berlina, znajduje się pewna instytucja, która zasługuje na szczególną uwagę. Są to Zakłady lecznicze Czerwonego Krzyża, przeznaczone dla ofiar wypadków przy pracy.

Normalnie człowiek, który zostanie okaleczony przez maszynę — jeśli przeżyje wypadek, otrzymuje skromną rentę i przestaje być człowiekiem produktywnym, wartościowym dla społeczeństwa. Jest ciężarem dla wszystkich i sam odczuwa przykro swe kalectwo.

Otóż w Zakładach leczniczych Czerwonego Krzyża w Hohenlychen podjęto ciekawą próbę przywrócenia ofiarom wypadków przy pracy zdolności do pracy. Oczywiście, nie dla wyzyskiwania ich, gdyż należną rentę otrzymują w dalszym ciągu, lecz w celu przywrócenia społeczeństwu wartościowego pracownika i poprawy losu tych ludzi.

Robotnik, który uległ wypadkowi przy pracy, podlega najpierw leczeniu. W leczeniu tem zgóry uwzględnia się moment przyszłej pracy, tak, że sposób wykonania operacji i obrania protezy przystosowany jest do tego zasadniczego celu. Następnie człowiek taki przechodzi wyszkolenie fizyczne. Drogą odpowiednich ćwiczeń, pod kierunkiem fachowców, starają się wyrobić w nim wszystkie narządy zastępcze, przysposobić go fizycznie i psychicznie do pracy. Uzyskuje się tu tak wspaniałe wyniki, że np. człowiek jednoręki, po odpowiedniem przeszkoleniu, zwycięża w boksie dwurękiego. Uzyskana sprawność daje mu poczucie pełnowartościowości — traci on „kompleks kaleki“. Wkońcu przechodzi przeszkolenie fachowe. W zakładach w Hochenlychen uczą inwalidę pracować w dawnym, lub — jeśli to niemożliwe — w innym zawodzie, pomimo braku ręki lub nogi. Przeszkolenie to odbywa się pod kierunkiem odpowiednich inżynierów, którzy sporządzili dla tych ludzi specjalne, bardzo pomysłowe narzędzia. Wkońcu człowiekowi takiemu jeszcze wynajdują zajęcie.

Próba ta jest ze wszech miar godna uwagi i warto, zdaje się, aby i nasz Czerwony Krzyż zainteresował się tym eksperymentem i zainicjował

podobną akcję w Polsce, gdzie posiadamy przeszło 100.000 inwalidów i ofiar wypadków przy pracy. *(Polskie T-wo Ortopedyczne i Traumatologiczne od dłuższego czasu czyni zabiegi w celu usprawnienia leczenia kalectwa w wyżej przytoczonym kierunku — niestety na razie bezskutecznie. — Red.).*

JAK W NIEMCZECH DBA SIĘ O ZDROWIE ROBOTNIKÓW DRZEWNYCH.

Niemieckie Towarzystwo Higjeny Pracy powołało specjalną komisję do opracowania środków zapobiegawszych przeciwko zatruciom zawodowym u robotników, zatrudnionych przy konserwowaniu drzewa, względnie przy przeróbce drzewa konserwowanego. Zatrucia te powodują związki chemiczne, któremi nasyca się drzewo, aby nie uległo przedwcześnie procesom rozkładowym. W ten sposób konserwuje się np. progi kolejowe, słupy telegraficzne, drzewo budulcowe i t. p. Przemysł konserwowania drzewa jest w Niemczech bardzo rozwinięty, podobnie zresztą, jak i w Polsce, i zatrudnia liczne rzesze robotników.

Środki chemiczne, używane do konserwowania drzewa, działają szkodliwie na zdrowie ludzkie. Środków tych jest bardzo dużo, o różnorodnym składzie chemicznym i rozmaitych nazwach fabrycznych, co utrudnia należytą ochronę zdrowia robotnika. Do najczęściej używanych należą produkty suchej destylacji, chlorek cynku i inne.

Robotnicy przy konserwowaniu drzewa cierpią najczęściej na choroby skóry, spowodowane drażniącem działaniem wspomnianych związków chemicznych. Są to uporczywe wypryski skórne, powodują długotrwałą niezdolność do pracy. Niektóre z tych związków działają również trująco na cały organizm, zagrażając poważnie nawet życiu robotników. Bardzo często cierpią oni nadto na stany zapalne narządu oddechowego i pokarmowego.

W największym stopniu narażeni są na te szkodliwości zawodowe robotnicy, zatrudnieni przy nasycaniu drzewa i konserwowaniu go. Stykają się oni bezpośrednio z trującemi substancjami, brudzą niemi ręce i całą skórę, wdychają ich pary i jedzą brudnemi rękami, przenosząc substancje trujące do przewodu pokarmowego. Na niebezpieczeństwo to jednak narażeni są także robotnicy zatrudnieni przy przeróbce drzewa konserwowanego, a nawet osoby zupełnie postronne, np. lokatarzy domów, w których podłogi zostały nasycone związkami zapobiegającemi toczeniu drzewa przez grzyb.

Powołana komisja do opracowania środków zapobiegawczych, przeciw powyższym zatruciom zbadała większość używanych związków konserwujących i sposób działania ich na zdrowie ludzkie. Równocześnie ustaliła, jak należy prace konserwujące wykonywać i jakich używać środków ochronnych, aby uniknąć ich szkodliwego działania. Zalecenia te zostaną wprowadzone w niemieckim przemyśle drzewnym i przyczynią się do zaoszczędzenia zdrowia robotników i wielu niepotrzebnych wydatków Kas Chorych. Sprawą tą muszą zainteresować się także liczne polskie zakłady konserwujące drzewo i powinny one wykazać tę samą dbałość o zdrowie robotnika.

PRZECIW CHOROBOM ZAWODOWYM SKÓRY! JAK NALEŻY JE ZWALCZAĆ?

Na zjeździe lekarzy w sprawie higjeny pracy w Polsce, odbytym w marcu r. b., przedstawił dr. H. Mierzecki ze Lwowa interesujące dane o chorobach zawodowych skóry. Według statystyk niemieckich i angielskich znaczna część wszystkich chorób skóry posiada tło zawodowe, t. zn. występują one pod wpływem czynników szkodliwych, związanych z pracą zawodową człowieka. Występują w rozmaitej postaci i w różnych zawodach. Do najczęstszych należą oparzenia, wywołane czynnikami cieplnemi, świetlnemi i środkami chemicznemi, na drugim miejscu występują choroby zakaźne skóry, dalej nowotwory i t. zw. choroby uczuleniowe skóry.

Choroby te spotyka się we wszystkich zawodach. I tak np. u hutników bardzo częste są oparzenia płynnem szkłem lub metalem, bardzo uporczywe i trudno się gojące. U rzeźników, rakarzy, kuśnierzy, szczotkarzy, występuje wąglik skóry, powodujący prawie zawsze śmierć; u robotników kanałowych i szmaciarzy ropne zakażenia skóry; u kominiarzy, tkaczy, szewców — rak, wywołany działaniem drażniącem sadzy, dziegciu i aniliny, obok stałych urazów mechanicznych; u weterynarzy i służby folwarcznej — nosacizna i t. zw. grzybice skóry; u murarzy i lakierników — wyprysk skóry i t. d.

Choroby zawodowe skóry są bardzo uporczywe, a leczenie ich, po rozpoznaniu, musi się rozpocząć od usunięcia człowieka z pod działania czynników szkodliwych. W przeciwnym wypadku leczenie jest bezskuteczne a lekarz bezsilny. Choroba ciągnie się całemi latami, naraża na olbrzymie koszty ubezpieczalnię oraz pozbawia człowieka pracy.

Ażeby skutecznie zwalczać choroby zawodowe skóry, należy utworzyć, zdaniem dr. Mierzeckiego, ośrodki lecznicze, prowadzone przez lekarzy, dobrze obznajmionych z tą niezmiernie ważną dziedziną chorób. Jeden taki ośrodek istnieje w Warszawie — powinny one powstać przy wszystkich większych ubezpieczalniach, co zaoszczędziłoby wiele kosztów, spowodowanych nieracjonalnem leczeniem chorób zawodowych skóry.

Równolegle do tego należy zapoczątkować akcję zapobiegawczą na terenie tych warsztatów pracy, w których występują choroby zawodowe skóry. Często proste i tanie środki ochronne zabezpieczają robotników przed chorobą. I tak np. noszenie sztylp azbestowych przez hutników zapobiega oparzeniom, które występują głównie na goleni, noszenie rękawic chroni ręce przed substancjami żrącemi, czystość, natryski po pracy i zmiana odzienia — chroni przed zakażeniem substancjami, drażniącemi skórę.

Zapobieganie chorobom zawodowym skóry jest w Polsce zadaniem pilnem i, jak dotąd, nierozwiązanem.

RĘKA A ZAWÓD.

Ręka, jako podstawowe „narzędzie“ pracy, podlega przy pracy różnorodnym urazom, które po kilku latach utrwalają się i są charakterystyczne dla danego zawodu. I tak, np. ręka szklarza odznacza się licznemi ranami i bliznami wskutek ustawicznych okaleczeń szkłem; rękę farbiarza włókienniczego cechują zmiany barwikowe i nadżerki, spowodowane aniliną, rękę cie-

mną i popękaną wskutek działania czynników atmosferycznych posiada wieśniak; u węglarzy i górników charakterystyczna jest impregnacja skóry cząsteczkami węgla; inaczej wygląda ręka szewca, malarza, garbarza, stolarza, urzędnika — każda nosi swe piętno zawodowe. Po ręce można często rozpoznać przynależność człowieka do tego lub innego zawodu.

Urazy zawodowe rąk często uniemożliwiają człowiekowi pracę, jeśli czynniki szkodliwe działają zbyt silnie. Pozatem częste okaleczenia rąk są punktem wyjścia zakażeń, które powodują ciężkie komplikacje i dłużej trwającą niezdolność do pracy. Stąd też wynika konieczność ochrony rąk przy pracy. Polega ona na zachowaniu czystości rąk, na unikaniu okaleczeń i starannem zaopatrywaniu najdrobniejszej choćby ranki jałowym opatrunkiem. Przy tych pracach, w których ręka narażona jest na działanie żrące czynników chemicznych, lub na stale powtarzające się urazy mechaniczne, winna ona być chroniona przez odpowiednie rękawice. Np. w fabrykach chemicznych służą do tego celu rękawice gumowe, robotnikom szlifierskim daje się rękawice skórzane i t. p.

KOMUNIKAT W SPRAWIE XI ZJAZDU TOWARZYSTWA INTERNISTÓW POLSKICH.

XI Zjazd Tow. Internistów Polskich odbędzie się 26, 27 i 28.IX. 1935 r. w Łucku. Referaty główne są następujące:

I temat: marskość wątroby.

Anatomja patologiczna: referenci Prof. Dr. L. Paszkiewicz i Dr. A. Pruszczyński.

Klinika: referent Prof. Dr. J. Grek.

II temat: ropne sprawy płucne.

Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr. W. Nowicki.

Klinika: referent Doc. Dr. Z. Gorecki.

Chirurgja: referent Prof. Dr. T. Ostrowski.

Zgłoszenia udziału w Zjeździe oraz wszelkie zapytania w sprawach mieszkaniowych, technicznych (projekcje, epidjaskopja i t. p.) i komunikacyjnych należy kierować do przewodniczącego Komitetu Miejscowego — Lekarza Wojewódzkiego p. Dra Witolda Habicha (Łuck, Kolonja Urzędnicza). Opłata zjazdowa, wpłacona równocześnie ze zgłoszeniem udziału w Zjeździe, wynosi 20.— zł.

Na Zjazd zgodnie z regulaminem mogą być zgłaszane: 1) badania kliniczne na chorych, 2) badania doświadczalne, dotyczące zagadnień, stojących w związku z medycyną wewnętrzną, 3) przypadki kazuistyczne o wysokiej wartości rozpoznawczej i leczniczej, 4) własny materjał kazuistyczny, oświetlający pewne zagadnienia z medycyny wewnętrznej i dziedzin pogranicznych, 5) opis nowych metod badania oraz leczenia. Natomiast nie mogą być przyjmowane dla wygłoszenia na Zjeździe streszczenia poglądowe.

Referaty należy zgłaszać do Sekretarza Zarządu Głównego T. I. P. p. dra Józefa Wacława Grotta, Warszawa, ul. Wspólna 28, najpóźniej do 20 lipca b. r. Przekroczenie tego terminu może narazić prelegenta na nieumieszczenie jego referatu w programie Zjazdu, co wg. statutu odebrałoby mu możność wygłoszenia wykładu na Zjeździe.

Oprócz dokładnego tytułu referatu i warsztatu, w którym praca została wykonana, powinno być nadesłane równocześnie jego streszczenie. Powinno ono obejmować w zwięzłej formie (nie więcej niż 20 — 25 wierszy Pol. Arch. Med. Wewn.) najwyżej cel pracy, zastosowaną metodę i wyniki pracy. Zastępowanie streszczenia planem referatu lub całym referatem jest niedopuszczalne. Referaty, nadesłane bez streszczeń, nie mogą być uwzględnione. Również nie mogą być przyjęte referaty, których treść nie odpowiada wymaganiom od referatów zgłaszanych na Zjazdy. W razie nieprzyjęcia referatu, nadesłanego ze streszczeniem, zgłaszający referent powiadomiony będzie o tem najpóźniej w trzy tygodnie po nadesłaniu referatu. Streszczenia referatów są drukowane w protokółach Zjazdu, przyczem Redaktorowi „Pol. Arch. Med. Wewnętrznej" przysługuje prawo ich skrótu.

O ile referent zgłoszonego referatu na Zjazd nie przybywa, referat jego spada z porządku i nie czyni się o nim wzmianki w protokółach Zjazdu. Również spadają z porządku i nie są ogłaszane w protokółach Zjazdu streszczenia tych referatów, których autorowie, jakkolwiek przybyli na Zjazd, nie wygłoszą referatu wskutek nieobecności na posiedzeniu. Streszczenia natomiast referatów nie wygłoszonych wskutek braku czasu drukuje się w protokółah Zjazdu.

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosić będzie zł. 20.—, za osoby towarzyszące 10.— zł. (Asystenci klinik i szpitali opłacają 10 zł.).

Warszawa, dnia 22 czerwca 1935 r.

Sekretarz
Dr. Józef Wacław Grott.
Za Zarząd Główny T. I. P.
Prezes
Prof. Dr. med. Mściwój Semerau - Siemianowski.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.